

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

EMILE BOURDIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Carcassonne (Aude), le 17 Mars 1898

LES

Kystes dermoïdes de l'Ovaire

dans leurs rapports avec

LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1927

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

EMILE BOURDIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Carcassonne (Aude), le 17 Mars 1898

LES

Kystes dermoïdes de l'Ovaire

dans leurs rapports avec

LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . .	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HOVELACQUE	Anatomie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
FOIX	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VELTER	Ophtalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.		
HEITZ-BOYER	Urologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÆPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	RIBIERRE	Clinique médicale.
LEREBoullet. . .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
		VILLARET. . . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MA MAMAN

Maman ! Maman !

A MON PÈRE, LE DOCTEUR FRANÇOIS BOURDIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui est pour moi l'image d'une vie très
douce parce que tout entière consa-
crée au soulagement des autres et à
l'amour des siens.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE TARNIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En faible témoignage de notre très
respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

1919-1920 M. LE PROFESSEUR LEJARS

1920 M. LE DOCTEUR LENOIR

1920-1921 M. LE DOCTEUR CLAISSE

Externat

1921-1922 M. LE PROFESSEUR A. BROCA (*in memoriam*)

1922 M. LE DOCTEUR GUINON

1922-1923 M. LE DOCTEUR BRUHL

1923-1924 M. LE DOCTEUR CLAISSE

1924-1925 M. LE DOCTEUR LOUSTE

1925-1926 M. LE PROFESSEUR A. BRINDEAU

1926 M. LE DOCTEUR PICOT

A M. LE DOCTEUR LANTUÉJOUL

A MM. LES DOCTEURS :

BROCQ, CHARLES RICHET FILS, MADIER,
VAUDESCAL, WILMOTH, DESOUBRY ET
DE MANET

Introduction

Un kyste dermoïde complique toujours gravement une gestation. Il est un danger constant pour la mère et pour l'enfant, danger plus sérieux encore que celui que constituerait un kyste mucoïde. En effet, son volume reste le plus souvent peu considérable et son siège fréquemment pelvien, de sorte qu'il peut ne se révéler, pendant la gestation, que par une complication, le plus souvent grave. Bien plus, il est susceptible de la laisser évoluer jusqu'au terme, dans des conditions quasi-normales. Il ne manifestera alors sa présence qu'au moment du travail en constituant un cas de dystocie toujours sérieuse.

Il faut donc s'efforcer d'en faire le diagnostic le plus tôt possible.

La question de son traitement présente un intérêt d'autant plus considérable que nous verrons combien il est difficile d'établir une règle de conduite susceptible d'englober tous les cas en vue du meilleur pronostic pour la mère et pour l'enfant.

Nous faisons observer que, pour la commodité de la rédaction, il nous arrivera d'écrire « kyste » pour « kyste dermoïde ». On sait que notre travail concerne exclusivement les embryomes.

Historique

Le début de l'étude des kystes compliquant la grossesse ne remonte guère plus loin que la moitié du xix^e siècle. Jusqu'alors, quelques observations avaient bien été publiées, mais on n'avait pas encore isolé les kystes de l'ovaire des autres tumeurs du même organe. Toutefois, une observation de Mme La Chappelle (citée par Doumaïron) est une observation de kyste dermoïde.

Mais l'attention ne sera vraiment attirée sur le sujet qu'en 1840, lors de la publication de la thèse de Bennone Rudolph Puchelt, élève de Nægele. Dès lors, les auteurs étudieront d'abord les kystes qui compliquent le travail. A ce sujet, paraissent, en 1861, l'étude de Jetter, puis, en 1881, la thèse de Heiberg. On étudiera ensuite ceux qui compliquent la période de gestation proprement dite et plusieurs modes de traitement seront longtemps discutés. Enfin, au milieu du xix^e siècle, s'ouvrira une ère thérapeutique grâce aux premiers succès de l'*ovariotomie*.

L'idée de cette opération revient à John Hunter. Mais au début elle ne fut pratiquée qu'involontaire-

ment pendant la gestation, chez des malades que l'on ne croyait pas enceintes. Or, ses résultats furent souvent remarquables. C'est pourquoi, en 1877, sur la proposition de Spencer Wells, on commença à l'exécuter pendant la grossesse. C'est alors que paraît, en 1886, la remarquable thèse d'agrégation de Rémy qui fait une étude extrêmement complète de la question. Chaque point du sujet est considéré par cet auteur avec infiniment de soin, ce qui lui permet d'envisager toutes les faces du problème thérapeutique.

La faveur de l'ovariotomie s'était faite de jour en jour plus grande, du moins à l'étranger. Il semble en effet qu'en France elle n'ait pas provoqué tout de suite le même enthousiasme. Certains considéraient la grossesse comme une contre-indication. Doumairon pensait qu'il fallait une indication d'urgence pour y recourir et des chirurgiens comme Duplay écrivaient : « L'ovariotomie est un moyen extrême qui ne doit être employé que lorsque les autres ont échoué ou sont inapplicables et lorsque l'opération est réclamée par l'apparition d'accidents imminents ». Aussi, dans sa thèse, Rémy va-t-il être conduit à discuter bien des méthodes de traitement. Selon les caractères du kyste, selon qu'il est pelvien ou abdominal, selon que son diagnostic est fait pendant la période de gestation ou celle du travail, il va préconiser tantôt l'avortement ou l'accouchement prématuré provoqués, tantôt la ponction ou l'incision, tantôt le refoulement, enfin, par-

fois l'ovariotomie. Dans certains cas, il reconnaît cette dernière opération de choix mais il limite nettement ses indications. Il faut dire toutefois qu'il avait remarquablement prévu la très grande faveur que partout on allait lui accorder et il écrit : « Il est vrai que certaines statistiques particulières, comme la dernière de Schroeder, et aussi les succès remarquables obtenus par les ovariétomistes nous permettent d'espérer beaucoup de l'avenir. »

Depuis le travail de Rémy, la question des kystes de l'ovaire et de la grossesse fait toujours « l'objet de nombreux travaux et de fréquentes discussions au sein des Sociétés Savantes. On peut dire qu'elle reste à l'ordre du jour de celles-ci. A propos de toute communication la concernant, la discussion s'élève et montre que les accoucheurs sont loin d'être d'accord à son sujet ». (Puech et Vanverts).

Mais aujourd'hui c'est surtout le point de vue thérapeutique qui retient leur attention. Il se pose bien différemment qu'à la fin du siècle dernier. On ne discute pour ainsi dire plus des différents modes de traitement, du moins en ce qui concerne les kystes dermoïdes : l'accouchement prématuré provoqué ne saurait plus être considéré comme un traitement, l'incision de la poche kystique n'a plus que de rares partisans et la ponction ne reconnaît que de rarissimes indications. A peine est-on en droit d'essayer dans quelques cas des manœuvres très prudentes de refoulement. C'est l'ovariotomie que chirurgiens et accoucheurs considèrent comme seul

vrai traitement des embryomes. Mais la question qui se pose aujourd'hui est de savoir s'il faut la pratiquer systématiquement dans tous les cas. Faut-il admettre de façon absolue la règle formulée depuis longtemps déjà par Monsieur le Professeur Pinard : « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré » ?

Considérations générales sur les kystes dermoïdes

FRÉQUENCE.

On sait qu'en dehors de la gestation, les kystes dermoïdes sont peu fréquents par rapport aux autres variétés. Les chiffres, à ce sujet, sont d'ailleurs assez dissemblables. Les ouvrages classiques en comptent en moyenne 27 %. Sur 2.275 kystes ovariens, Olshausen n'a trouvé que 80 dermoïdes, soit à peine une proportion de 3,5 %.

D'autre part, les kystes ovariens compliquent rarement la grossesse. A la Clinique Tarnier, une statistique établie par notre ami C. Juge et portant sur plus de 19 années (de 1907 à juin 1926) n'en relève que 45. Mais on admet d'une façon générale que dans ces circonstances, la proportion des embryomes devient plus considérable et Rémy, qui en a réuni 58 cas, trouve qu'elle passe alors à 36 %. Mais Puech et Vanverts, qui ont pu réunir 1.316 cas de tumeurs ovariennes, croient que cette élévation du taux des kystes dermoïdes par rapport aux autres variétés pendant la grossesse n'est qu'appar-

rente, due simplement au fait qu'ils sont beaucoup plus fréquemment dystociques.

NOMBRE.

Les embryomes siègent le plus souvent sur un seul ovaire. Mais on peut rencontrer au cours de la gestation des kystes *bilatéraux* et on a même dit que seuls les kystes dermoïdes bilatéraux étaient susceptibles de permettre le développement d'une grossesse. Pauly a noté cette bilatéralité 20 fois sur 117 cas. En 1907, Lœwy et Guéniot ont ajouté aux 20 cas de Pauly, 77 nouvelles observations. Walther en 1901, à la Société de Chirurgie, a rapporté le cas d'une femme ayant eu 6 grossesses et porteuse de kyste dermoïde double. D'après Puech et Vanverts, on noterait la bilatéralité dans 10 % des cas. En 1925, MM. Charbonnel et Costedoat ont rapporté, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, un cas de gros kyste dermoïde bilatéral, — l'un inclus, l'autre pelvien, — chez une femme enceinte au 4^e mois. Ces auteurs ont fait observer que la présence de ces tumeurs était certainement bien antérieure au début de la conception, puisque déjà depuis longtemps leur malade avait ressenti des douleurs au niveau du kyste droit.

Ce fait peut s'expliquer par la présence d'un *ovaire supplémentaire*. En parcourant toutes les observations de kystes réunies à la Clinique Tarnier

depuis 1918, nous avons assez souvent trouvé mentionné, au cours des interventions, l'existence d'un ovaire supplémentaire. D'ailleurs, pour qu'une grossesse puisse évoluer en même temps qu'un embryome développé sur chaque ovaire, il doit suffire — comme le font remarquer MM. Charbonnel et Costedoat — que *quelques éléments de tissu ovarien soient respectés*. C'était le cas pour une malade de Monsieur le Professeur J.-L. Faure, dont Mlle S. Lévy a rapporté l'observation dans sa thèse.

OBSERVATION I

Kyste dermoïde des deux ovaires opéré au cours du 3^e mois de la grossesse

Mme P..., 28 ans, sans profession, secondipare. Réglée à 13 ans, très régulièrement, a eu son premier accouchement il y a 17 mois : accouchement et suites de couches normaux ; n'a pu allaiter son enfant que peu de temps, n'ayant que peu de lait.

D. R. le 15 décembre 1919. Au début de mars suivant, Mme P... est gênée pour s'habiller par une tumeur abdominal qu'elle sent elle-même et qui l'étonne d'autant plus qu'au même âge de sa première grossesse, son abdomen était beaucoup moins développé. Elle consulte M. Faure qui diagnostique une tumeur, rétro-utérine chez une femme enceinte et conseille l'intervention.

Opération (M. Faure). — Le 18 mars 1920, sous anesthésie générale au Schleich, laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus gravide de 6 semaines environ. Tumeur ovarienne bilatérale sans adhérence : 1^o A droite, la tumeur moins volumineuse que de l'autre côté, est prolabée dans le Douglas.

Pas d'adhérences. Section et ligature des pédicules. 2° A gauche, tumeur du volume du poing, blanchâtre, irrégulière. Section et ligature des pédicules.

Fermeture en trois plans, sans drainage. Suites opératoires normales. La grossesse continue son évolution sans provoquer aucun trouble. Accouchement le 17 octobre, normal. Présentation en O. I. D. P. Rien à signaler dans les suites de couches, Mme P... *allaite son enfant*. Son état général est excellent ; elle se plaint seulement de quelques bouffées de chaleur.

Examen de la pièce (M. Champy) : Kyste dermoïde bilatéral pesant 82 grammes à droite et 122 grammes à gauche, de couleur blanc nacré, contenant des cheveux. A la coupe : à droite kyste dermoïde sans tissu ovarien ; à gauche *une partie de l'ovaire est intacte*.

VOLUME.

Il est variable, comme celui de tous les kystes. En règle générale, les embryomes sont *petits*, du volume d'une orange. Ils peuvent être plus petits encore, du volume d'un œuf. Ils n'en constituent pas moins un obstacle très sérieux à l'engagement de la présentation et très grave au moment du travail. En d'autres cas, au contraire, ils sont beaucoup plus volumineux. Ils siègent alors presque exclusivement dans l'abdomen qui, dans ces cas, peut subir un élargissement considérable. Ils peuvent entraîner de ce fait des phénomènes de compression dont les plus alarmants sont d'ordre respiratoire.

STRUCTURE.

Leur paroi peut être mince, mais elle est le plus souvent *épaisse*, beaucoup plus épaisse que celle des kystes mucoïdes. Leur paroi interne présente la même structure que la peau. Elle est tapissée du même épithélium pavimenteux que celle-ci. Sa surface est lisse ou recouverte de saillies mamelonnées où on trouve souvent des poils accompagnés de glandes sébacées.

Le plus souvent, ce sont des kystes uniloculaires. Ils sont presque toujours entièrement dermoïdes, mais quelque-uns sont dermoïdes sur certains points et présentent sur d'autres points la structure des kystes simples. Leur contenu est généralement composé d'une matière grasse, jaunâtre, rappelant l'aspect et la consistance de l'axonge, ce qui leur a fait donner le nom de tumeur grasseuse. Il existe souvent dans un même ovaire des kystes pileux et d'autres remplis de matière adipeuse. On y trouve aussi des os, des dents, du tissu cartilagineux.

Ainsi ces kystes peuvent jouer le rôle de tumeurs solides sur lesquelles les ponctions seront sans effet. *C'est leur irréductibilité qui sera l'élément important au point de vue obstétrical* (Rémy).

SIÈGE.

Il est variable. Nous avons vu que les kystes dermoïdes pouvaient envahir l'abdomen, poussés alors par l'utérus gravide qui se développe. Mais leur vo-

lume relativement faible et, comme nous le verrons, leur accroissement lent leur permet de rester souvent *pelviens*. Ils constituent dans ces cas un *obstacle prævia*, souvent reconnu seulement au moment du travail. Leur siège dans l'excavation est aussi variable. Pour la majorité des auteurs, ils occupent le plus souvent sa partie postérieure. Mais pour Kustner, Kelly et Snéguireff, on les rencontrerait plus souvent dans l'excavation vésico-utérine. Sur 41 cas réunis par ces auteurs, 18 siégeaient en avant de l'utérus, 16 derrière et les autres sur les côtés.

On peut enfin rencontrer des embryomes *inclus* dans le ligament large. Mais ce siège est absolument exceptionnel. Même ainsi situés, ces kystes peuvent évoluer vers la cavité abdominale, entraînant avec eux le ligament large qui leur forme une sorte de pédicule. Mais ordinairement, ils restent enclavés dans le petit bassin. Terrillon a insisté sur la *vascularisation* exceptionnelle qui résulte de l'inclusion des kystes ovariens dans le ligament large. Il se produit là, dit-il, un développement anormal des artères, un élargissement des veines, qui, en cas de rupture, donnent lieu à une hémorragie plus abondante. Mais cette inclusion est facteur de particulière gravité parce qu'elle fait des embryomes des tumeurs *éminemment dystociques*, qu'il faut considérer, selon la comparaison de M. le P^r A. Hergott, comme de *véritables fibromes irréductibles*. A l'appui de ce fait, nous publierons au moment du

traitement un cas tout à fait significatif observé précisément par Hergott.

ÉVOLUTION.

Comme tous les kystes ovariens, les dermoïdes ont tendance à s'accroître et on peut voir leur volume passer de celui d'une orange à celui d'une tête d'adulte. Mais en règle très générale, l'accroissement des embryomes se fait *très lentement*. Ces kystes peuvent demeurer longtemps stationnaires, pendant des années, parfois même pendant toute l'existence.

En terminant, ajoutons qu'on a pu voir évoluer une grossesse dans un utérus rempli de *fibromes* chez une femme ayant un kyste dermoïde de l'ovaire, ainsi que MM. Commandeur et Patel en ont rapporté un cas, récemment, à la Réunion obstétricale de Lyon.

Kyste dermoïde et faculté de conception

L'AGE auquel on observe les kystes dermoïdes est variable. Sneguireff dit que c'est entre 20 et 30 ans. Lawson Tait dit entre 17 et 22. Dans les cas que nous avons réunis à la Clinique Tarnier les malades avaient entre 19 et 24 ans, une seule avait 36 ans. Ce sont généralement des femmes *mariées*, dans la proportion de plus de 85 % des cas.

Sneguireff fait remarquer que les mères des filles atteintes de kystes dermoïdes ont une faculté génératrice très marquée. Il a observé, à ce sujet, 15 cas où le nombre des enfants variait entre 6 et 14 ; il était en moyenne de 9.

Le temps des premières règles ne dévie guère de l'âge normal. Elles s'établissent dans 30 % des cas entre 14 et 15 ans.

La présence d'un kyste dermoïde est-elle facteur de stérilité ? Tous les auteurs l'admettent et Simpson fait remarquer qu'on rencontre une seule femme stérile sur 10 femmes mariées, alors qu'on en

rencontrerait une sur 3 ou 4 lorsqu'elles sont atteintes de kyste. Quels chiffres donnent les diverses statistiques concernant la diminution de la faculté génératrice ? Celle de Simpson indique entre 25 et 33 % ; celle de Weitt indique 34 % ; celle de Martin 34 % ; celle d'Olshausen 16,8 % ; celle d'Howitz, 14,6. Ces chiffres sont assez dissemblables, mais il semble qu'ils devraient être plus considérables en ce qui concerne les kystes dermoïdes. Ceux-ci, en effet, siègent le plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas. Ils causent ainsi des déplacements de l'utérus dont le col est le plus souvent dévié en avant, tandis que le corps est incliné sur un côté. Ces conditions sont peu favorables à la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule. D'autre part, la fécondation peut se faire mal par suite des adhérences de l'embryome avec les organes du voisinage : qu'une bride le rattache à la trompe, il y aura absence de rapport entre celle-ci et l'ovaire, fausse route de l'ovule, d'où possibilité d'une grossesse extra-utérine. Rémy en rapporte un exemple dans sa thèse.

Quoi qu'il en soit, un fait reste certain : les femmes atteintes d'embryome *procréent moins*. Mais il faut savoir qu'on a pu observer des grossesses gemellaires évoluant à côté d'un kyste dermoïde. Rogers a même observé, dans ces conditions, une grossesse trigémellaire. Nous avons vu, d'autre part, qu'on avait publié plusieurs cas de grossesse

chez des femmes atteintes de kyste dermoïde des deux ovaires.

En terminant ces notions, notons dans les antécédents héréditaires des femmes atteintes d'embryome la fréquence de la phtisie. On la rencontre dans 30 % des cas, dit Snéguireff, dans 11 cas sur 37 observés par cet auteur qui ajoute : « Un nombre pareil ne peut passer sans attirer l'attention ».

Influences de la grossesse sur les kystes dermoïdes

Classiquement, on admet que la grossesse favorise l'accroissement et les complications éventuelles du kyste.

L'accroissement. — Certains auteurs, comme Orbaut, le nient. Schroeder a même signalé un certain degré de mollesse après l'accouchement, ce qui parlerait en faveur d'une certaine diminution du kyste. En réalité, l'accroissement n'est pas une rareté, mais il est variable. Il peut être *considérable*, comme en témoigne l'observation suivante :

OBSERVATION II

(Publiée par Mangin, dans la *Gynécologie*, 15 juin 1896)

Mme B..., 38 ans, réglée à 11 ans, règles douloureuses. Mariée à 18 ans ; a eu 5 grossesses mauvaises. Chaque fois elle gardait le lit une grande partie du temps, souffrant du ventre et avait des troubles nerveux intenses. Le dernier accouchement remonte à 11 ans. Depuis, troubles nerveux assez intenses, règles irrégulières quelquefois très abondantes, pertes blanches, douleurs dans les reins. Elle vient nous voir

le 14 septembre 1894, se plaignant de douleurs assez vives dans le bas-ventre, de nausées, malaises, datant de quelques mois. Les dernières règles auraient eu lieu le 10 septembre.

Il y a 1 an elle a été traitée par l'électricité pour une métrite. Le médecin qui la soignait à cette époque n'a *rien trouvé du côté de l'ovaire*. Ce médecin, habitué aux examens gynécologiques et qui, à plusieurs reprises, avait pratiqué le toucher bimanuel avec beaucoup de soin n'aurait pas laissé passer inaperçu un kyste du volume d'un œuf, facilement accessible chez une malade à paroi abdominale flasque.

A l'examen local, nous trouvons le col gros, en ectropion, légèrement violacé et un peu mou. Au niveau de l'ovaire gauche nous constatons une tumeur du volume d'un *petit œuf de poule*, très mobile. La métrite peut être cause de l'aspect légèrement congestionné du col ; cependant, par précaution, nous demandons à voir la malade avec ses règles ; elle nous revient le 15 octobre, ne les ayant pas eues. Le col est violacé et mou. Les nausées s'accroissent. Les troubles nerveux également. L'ovaire gauche semble avoir légèrement *augmenté de volume* ; il est tombé en arrière dans le cul-de-sac de Douglas et mobile. L'idée d'une grossesse extra-utérine ne nous arrête pas longtemps : la tumeur est trop mobile et absolument globuleuse ; elle ne siègeait manifestement pas sur la trompe.

La malade est revue le 5 novembre. Les signes de grossesse s'accroissent. La tumeur, de son côté, a *grossi* : elle est du volume d'une *grosse orange* et toujours mobile. Nous avons donc à faire à un kyste de l'ovaire se développant parallèlement à l'utérus. La mobilité et les douleurs nous faisaient pencher pour un kyste dermoïde, mais l'accroissement rapide en quelques jours nous fit porter le diagnostic de kyste prolifère. La laparotomie est décidée pour le 2 novembre. Nous trouvâmes un kyste dermoïde pédiculé de la grosseur d'une orange ; l'ovaire droit était sain. Accouchement à terme d'un gros enfant.

Mangin fait suivre cette observation du commentaire suivant : « Voilà un kyste dermoïde qui *triple de volume en l'espace d'un mois et demi*, tandis que l'évolution lente est la règle commune. Nous ne pouvons trouver d'explication à ce fait que dans le *coup de fouet* donné à l'organisme et particulièrement à l'appareil utéro-ovarien par la grossesse ». En réalité, un semblable accroissement est chose tout à fait *exceptionnelle*. Sur les embryomes, l'influence de la grossesse peut même être *nulle*. Elle est le plus souvent *minime*. Nous avons vu que ce fait explique leur siège souvent pelvien.

La torsion du pédicule. — C'est la plus fréquente des complications des kystes, au cours de la grossesse. MM. Demelin et Devraigne ont trouvé 11 kystes avec grossesse sur 18 cas de kystes tordus. Les dermoïdes y sont particulièrement exposés, pour peu qu'ils soient mobiles, à cause de leur poids considérable. Qu'elle se fasse lentement, par poussées, ou de façon brusque, elle est toujours un accident *grave* du fait des troubles immédiats ou ultérieurs qu'elle peut entraîner. Si elle est brusque, elle prend un caractère de particulière gravité, exigeant une intervention d'urgence. Mais, même si elle se fait lentement et sans faire courir un danger immédiat à la malade, il faut toujours la craindre en tant que facteur fréquent *d'avortement*.

A quel moment de la grossesse faut-il surtout la redouter ? A tous les moments, elle est possible.

Mais on l'observe surtout à deux périodes : *au début*, dans la première moitié de la grossesse, plus particulièrement entre le 2^e et le 4^e mois ; puis pendant *l'accouchement* et pendant les *suites de couches*. D'après une statistique d'Anita Horridge, elle se produirait dans 12 % des cas au début de la gestation et dans 22 % des cas pendant les suites de couches. Sur 100 kystes tordus, pendant la gestation, l'accident se produirait 90 fois dans la première moitié (Puech et Vanverts). Plus tard, passé le 6^e mois, elle devient beaucoup moins fréquente ; elle serait même exceptionnelle d'après Puech et Vanverts, qui ne l'ont notée que 10 fois sur 100. Ce sont surtout les embryomes à siège *abdominal* qui tordent leur pédicule.

Il y a là deux notions absolument capitales au point de vue du traitement : les risques de torsion au début seront un très sérieux argument en faveur de l'ovariotomie précoce, et ceux de torsion pendant les suites de couches imposeront une surveillance particulièrement attentive de la mère après la sortie du fœtus. La moindre fréquence dans la seconde moitié de la grossesse nous permettra de discuter l'indication de l'ovariotomie après le 6^e mois de la gestation.

La rupture. — C'est un accident surtout consécutif à la torsion du pédicule, mais on peut l'observer en dehors d'elle, sous la seule influence traumatique de l'utérus gravide. Pendant la grossesse, elle

se produit surtout dans les *premiers mois*, parfois même dans les premières semaines. Plus tard, elle sera une menace de danger pendant le *travail*, l'effort des contractions utérines pouvant avoir raison de la résistance des parois du kyste dermoïde, pourtant ordinairement épaisses. On peut même la voir survenir pendant la *période puerpérale*, du fait des phénomènes inflammatoires consécutifs aux contusions supportées par la tumeur pendant le travail.

La rupture est parfois un accident bénin, au point même de passer inaperçu et de n'être constaté qu'au cours d'une laparatomie ultérieure. La guérison peut se produire spontanément, aussi bien quand la rupture est survenue pendant la grossesse que quand elle a eu lieu au cours du travail ou pendant la période puerpérale. Mais d'une façon générale, la rupture doit être considérée comme un accident *grave*, imposant même parfois une intervention d'urgence *délicate*. D'après Rémy, la mortalité serait, en dehors de toute intervention, de 50 % ; pour Duffner, elle serait de 77 %.

Elle peut se faire, mais c'est rare, dans un organe voisin du kyste, soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit dans la vessie. Le pronostic paraît, dans ces cas où le liquide peut s'écouler au dehors, plus favorable. Mais dans la majorité des cas, la rupture se fait dans la *cavité abdominale*. C'est un accident de particulière gravité pour les kystes dermoïdes dont le *péritoine supporte mal le contenu*.

Les hémorragies et la suppuration. — Elles sont rares et le plus souvent la conséquence de la torsion du pédicule. Mais en dehors de celle-ci, on peut voir se produire des hémorragies. Quant à la suppuration — quoique considérée comme tout à fait rare par Herbert Spencer — il faut la craindre pendant le travail.

La péritonite. — Elle s'observe surtout vers la fin de la grossesse, quand celle-ci a fait subir une grosse influence au kyste. Mais elle est le plus souvent consécutive à une autre complication : torsion ou rupture. Cependant, en dehors d'elle, on peut voir survenir des *poussées de péritonite partielle* provoquant des *adhérences*. En voici un exemple :

OBSERVATION III

(Partiellement résumée)

Accidents de pelvipéritonite consécutifs à une application de forceps chez une femme atteinte de kyste dermoïde de l'ovaire (par le Dr Guichard, d'Angers).

...La tumeur qui n'avait provoqué aucun phénomène fâcheux avait été constatée au cours d'un examen pratiqué à l'occasion d'une grossesse, chez une dame d'une vingtaine d'années. Sous l'influence de l'accouchement qui nécessita une application de forceps, le kyste devint le siège de phénomènes inflammatoires qui se compliquèrent d'accidents de *pelvipéritonite*. Six mois après survint une *nouvelle poussée*. Plus tard, la santé générale paraissait se modifier heureusement, lorsque à la suite de plusieurs fatigues les *accidents réapparurent*.

Il y eut par le vagin écoulement d'un liquide purulent, brunnâtre. *Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation*, et deux années environ après l'accouchement, la tumeur fut ponctionnée par le vagin et on retira un litre et demi de liquide. Le liquide du premier litre s'écoula avec la plus grande facilité, celui du deuxième litre s'écoula plus difficilement ; des grumeaux passaient à l'index du verre ; examiné, il présentait des flocons épais, gras, sans aucun produit étranger. Huit jours après, la situation de la malade paraissait tellement sérieuse qu'on se décida pour une opération radicale. Elle fut faite en deux fois, en raison des difficultés qu'on rencontra et de l'état d'épuisement dans lequel était l'opérée à la fin de la première séance. On retira de la tumeur des masses de graisse, des poils, une longue mèche de cheveux et une partie dure, osseuse, recouverte d'un tissu dermoïde sur lequel s'implantait des poils et qui présentait en outre des alvéoles dentaires avec deux dents adhérentes...

Le traitement consécutif consista dans une antiseptie très rigoureuse et le drainage de la poche kystique. La suppuration néanmoins se prolongea six mois, mais la guérison fut complète.

Les phénomènes de compression. — Nous ne ferons que rappeler les notions classiques d'après lesquelles les kystes abdominaux, entraînant de la surdistension de l'abdomen, provoquent des douleurs lombaires et inguinales, de la dyspnée d'effort et des troubles des fonctions digestives, tandis que les kystes pelviens sont cause de douleurs lombaires irradiant vers les cuisses, de constipation et de pollakiurie. La grossesse ne fait qu'exagérer ces phénomènes de compression.

Influences des kystes dermoïdes sur la grossesse

Par sa présence constante à côté de l'utérus gravide, un embryome entraîne des phénomènes de compression entre les deux tumeurs. En conséquence, pendant toute la durée de la gestation, il faudra craindre *l'avortement* ou *l'accouchement prématuré* qui, d'après Puech et Vanverts, se produirait dans 12,5 % des cas.

D'autre part, les phénomènes de compression dus normalement au développement de l'utérus sont augmentés et c'est de bonne heure qu'on pourra constater l'œdème des membres inférieurs, les varices, l'ascite, parfois même les vomissements incoercibles.

Enfin, remarquons qu'un embryome peut gêner le développement de l'utérus comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION IV

Par Martin (Berl. Klin. Wochers, 1878)

Femme de 28 ans, atteinte de kyste dermoïde de la grosseur de deux poings. Au 3^e mois, la tumeur était au-dessus de

l'utérus et l'empêchait de monter. Symptômes d'avortement. Ovariectomie au 3^e mois. Accouchement à terme.

De même, l'embryome pourra, après l'accouchement, empêcher l'utérus de reprendre sa place dans l'excavation. A ce sujet, Chrobak a publié à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Vienne, en 1894, une observation de kyste refoulé sous chloroforme et qui avait permis l'accouchement d'un enfant vivant pesant 3.250 grammes. Mais 22 jours après l'accouchement on dut pratiquer la laparotomie, la tumeur gênant l'évolution de l'utérus et l'empêchant de reprendre sa place dans l'excavation.

Les autres déformations ou accidents dépendent avant tout du siège du kyste.

Si le kyste est abdominal, il peut entraîner des déviations utérines, sans inconvénient immédiat, mais qui favorisent — dans une faible mesure il est vrai — les présentations irrégulières (celle de l'épau-le paraît toutefois assez rare) et plus souvent la *pro-cidence du cordon*. Celle-ci se rencontrerait alors dans 4.5 % des cas, tandis que, dans les autres cas, on ne la rencontre qu'une fois sur 250. En dehors de ces accidents, au moment du travail, la déviation de l'effort de contraction augmenterait la durée de l'accouchement qui presque toujours se fait d'ailleurs spontanément.

La présence d'un embryome abdominal peut causer des déformations utérines. Ainsi Rosenthal a pu-

blié un cas où l'utérus était déformé en *outré*. Il reprit sa forme régulière après ablation du kyste. Celui-ci a pu même entraîner des *déformations fœtales* et Lucas-Championnière a publié un cas où l'enfant naquit avec une luxation double de la hanche qu'il rapportait à des phénomènes de compression. Enfin, d'après Orbaut, il faudrait craindre dans les suites de couches un *retard de l'involution et de la rétraction utérines* avec de fortes hémorragies difficilement arrêtées, tandis que les lochies resteraient pendant longtemps sanguinolentes.

Si le kyste est pelvien, il est susceptible de permettre une évolution quasi-normale de la grossesse. Un tel embryome n'en est pas moins *dangereux* car il ne permettra pas l'accouchement spontané et va créer un des plus graves cas de *dystocie*. Si l'accouchement est abandonné à lui-même, on pourra assister à une *rupture utérine* ou pour le moins à des *délabrements anatomiques étendus et graves* comme ceux qui sont mentionnés dans les 3 observations suivantes où l'on avait cru à l'opportunité d'une application de forceps.

OBSERVATION V

(Due à Treub)

Cas rare de complication de l'accouchement par un kyste dermoïde.

Accouchement laborieux, prolongé par suite de la présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. La tumeur proéminait

fortement vers le vagin, refoulant plus particulièrement la paroi vaginale postéro-latérale droite. Le médecin qui communique cette observation intervint avec le forceps et au cours de l'extraction pénible vit tout à coup la tumeur s'échapper par le vagin. C'était une tumeur dermoïde.

L'accouchement terminé, le médecin put constater l'existence d'une *déchirure* siégeant dans la région postéro-latérale droite du cul-de-sac. Guérison après des suites de couches un peu troublées.

OBSERVATION VI

(Publiée par Macoulay)

Kyste dermoïde volumineux compliquant le travail.

Forceps appliqué sur un sommet pour prolongation du travail. Tout à coup, sans que rien ait fait soupçonner sa présence et dans un intervalle entre les tractions, une tumeur kystique longuement pédiculée, plus grosse qu'une tête d'enfant apparaît à la vulve. On retire le forceps. On ponctionne : substance épaisse, verdâtre, pultacée. Un enfant mort est extrait ensuite par forceps.

On constate ensuite que la tumeur était engagée dans le canal utéro-vaginal, à travers une *déchirure* intéressant le col à gauche, déchirure cervicale et migration de la tumeur ayant été vraisemblablement les effets des pressions réciproques développées au cours des tentatives d'extraction par le forceps.

OBSERVATION VII

(Publiée par G. G. Sévitski)

Ovariectomie par le rectum pendant le travail.

Femme de 24 ans, atteinte d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Deux grossesses se sont terminées par des fausses-

couches. La 3^e arrive à terme, mais l'engagement de la tête est entravée par la tumeur. Le forceps amène enfin la tête au détroit inférieur, mais la tumeur fait saillie à l'anus et *rompt la paroi rectale*. Elle est vidée et le fœtus est expulsé facilement mort.

Le kyste est alors extirpé, le rectum recousu ; une métrorragie grave se produit après la délivrance. La malade *succombe* au bout de 33 heures à la péritonite pelvienne.

D'autres fois, l'embryome permettra un début de travail. Puis, celui-ci ne progresse plus et l'on est amené à examiner la femme : le kyste a créé une *situation grave* qui peut conduire à l'hystérectomie, comme le montre l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

Césarienne suivie d'hystérectomie pour kyste dermoïde prævia chez une femme en travail depuis vingt-quatre heures. Membranes rompues, dilatation comme une pièce de deux francs.

Le 3 février 1924, Mme S..., 1^{re} pare, est envoyée à la clinique Tarnier parce que, étant en travail depuis vingt-quatre heures, celui-ci n'avance pas. Le médecin qui l'avait examinée en ville avait fait le diagnostic de grossesse et, *croyant à la possibilité d'accouchement spontané, il avait laissé évoluer le travail*. L'examen de la malade à son entrée à la clinique permet de porter le diagnostic de kyste de l'ovaire prævia rendant impossible tout accouchement spontané. La femme étant en travail depuis 24 heures, les membranes étant rompues et de nombreux touchers ayant été pratiqués en ville, on décide de faire une hystérectomie.

L'opération est pratiquée par M. le P^r Brindeau, assisté du

D^r Lantuéjoul : incision sous-ombilicale. Utérus normal. Le segment inférieur apparaît. Il doit être très allongé, parce que la zone décollable du péritoine remonte très haut jusqu'à l'ombilic. Incision du segment inférieur immédiatement au-dessus de la tête qu'on sent très nettement. Extraction du fœtus pesant 4.400 grammes. Expulsion spontanée du placenta. Des pinces de Museux sont placées sur la plaie utérine. La main va à la recherche de la tumeur qui est un kyste dermoïde proëvia enclavé, mais très mobile. Hystérectomie très facile. Les vaisseaux sont très volumineux, principalement la veine utéro-ovarienne du côté droit qui est énorme. Péritonisation facile. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : parfaites. Mme S. A. quitte la clinique, sur sa demande, le 17 février.

Signes et diagnostic

Vous considérerons deux cas, suivant le siège abdominal ou pelvien du kyste.

A. — Kystes à siège abdominal

Ici, comme pour la variété pelvienne, nous ne reprendrons pas en détail les signes fournis par chaque tumeur en présence : signes de la grossesse, signes de l'embryome. Nous envisagerons, avant tout, les cas cliniques où se pose le diagnostic et quelques diagnostics différentiels parfois très difficiles à établir.

1^{er} CAS. — *Il existe deux tumeurs abdominales juxtaposées mais nettement séparées.* C'est le cas facile. D'un côté on trouve une tumeur qui s'est développée depuis quelques mois. En même temps les règles ont cessé. La palpation permet de reconnaître facilement un utérus gravidé où on peut trouver un ou deux pôles fœtaux et des petites parties fœtales. Elle s'efforcera de mettre en évidence une sensation de durcissement de la tumeur qui correspond

à une contraction utérine. L'auscultation révèle les doubles battements du cœur du fœtus. Le toucher montre un col modifié, le plus souvent ramolli et découvre une sensation de ballottement ; plus tard, il notera une autre partie fœtale qui se présente au détroit supérieur.

Mais dès le premier abord on a constaté que l'augmentation du volume du ventre était hors de proportion avec l'âge de la grossesse. L'examen montre alors, développée à côté de l'utérus gravide, une tumeur kystique dont la reconnaissance est aisée. L'interrogatoire révèle en effet qu'elle existait avant que la seconde se développe. La palpation permet de reconnaître son volume — ordinairement assez peu considérable — sa forme lisse ou légèrement bosselée, sa situation presque toujours latérale, sa mobilité et surtout sa consistance. Les embryomes ne donnent pas généralement cette sensation de fluctuation caractéristique des kystes ovariens. Ici, les parois sont plus épaisses et le contenu beaucoup plus lourd que celui des kystes mucoïdes ; de sorte que la consistance est pâteuse avec çà et là une *sensation cartonnée*. L. Taît dit que leur palpation est sensible, voire même *douloureuse*. La percussion met facilement en évidence au niveau de la tumeur une zone de matité à convexité supérieure, ne variant pas avec la position de la malade. Dans des cas rares on peut sentir le pédicule de la tumeur. Caractère très important : Ces deux tumeurs sont séparées par un *sillon* vertical,

et cette séparation est bien souvent des plus nettes.

Dans certains cas cependant, le sillon peut n'être mis en évidence qu'à sa partie supérieure. Il peut même arriver qu'il ait une situation *transversale* : dans ce cas, le kyste a dépassé l'utérus, il est venu se placer au dessus et en arrière de lui (comme chez la malade d'Hergott dont nous publions plus loin l'observation). Dans ces cas de diagnostic plus délicat, il faut rechercher avec beaucoup de soin tous les signes de la grossesse : signes sympathiques et signes physiques (cyanose vulvaire, pigmentation, augmentation du volume des seins, colostrum). A un moment donné l'examen finira par mettre en évidence une partie fœtale ou simplement une contraction passagère de l'utérus. Alors le diagnostic de la grossesse devient absolument évident.

Pour affirmer celui du kyste, il faut penser à éliminer certaines autres affections : En premier lieu il faut éliminer un *fibromè*. On sait, en effet, que les tumeurs fibreuses de l'utérus se ramollissent pendant la gestation, de sorte qu'on peut leur trouver une consistance rénitente (parfois même pseudo-fluctuante). On peut donc croire à l'existence de deux tumeurs abdominales et avoir l'impression qu'un sillon les sépare. D'autre part, les kystes dermoïdes offrent pendant la grossesse des parois plus tendues. La confusion entre un embryome et un fibrome compliquant la gestation est donc des plus faciles. Pour l'éviter, il faut pratiquer un examen très attentif de la tumeur qui flanque l'utérus gra-

vide. Le fibrome est ordinairement plus médian que latéral. Mais surtout il dépend de l'utérus. C'est ce caractère essentiel que le toucher combiné au palper doit avant tout rechercher. Si cet examen permet d'affirmer que la tumeur est *indépendante de l'utérus*, c'est un kyste. Mais cette dernière appréciation est loin d'être toujours facile. Certains kystes à pédicule court et qui adhèrent à l'utérus en imposent beaucoup pour un fibrome, de même que certaines tumeurs pédiculées simulent, à s'y méprendre, un kyste dermoïde.

Un utérus gravide avec *deux jumeaux* peut, dans certains cas, faire croire à une grossesse compliquée d'embryome. La grossesse gémellaire peut en effet donner à l'utérus un aspect cordiforme avec dépression médiane. Même l'auscultation peut, dans certains cas, induire en erreur, puisqu'on sait qu'il est possible de mettre en évidence au niveau des kystes ovariens des bruits de souffle dits bruits de souffle de Scanzoni. Dans ces cas, il faut rechercher tous les caractères propres à chacune des deux tumeurs, caractères physiques et évolutifs qui, parfois après plusieurs examens seulement, permettront le diagnostic.

Une malformation utérine peut encore créer des erreurs : c'est le cas où une *corne, anormalement développée*, en impose pour un utérus gravide flanqué d'une tumeur ovarique. Si on soupçonnait ce

diagnostic, il faudrait le vérifier par le procédé de Budin qui consiste à mettre en évidence la dépendance de la prétendue tumeur et de l'utérus en essayant de faire passer un petit membre dans la corne utérine.

On évitera encore de prendre un embryome pour un *fibrocyste*. Ce n'est pas toujours facile. Ici encore la dépendance de la tumeur et de l'utérus demande à être soigneusement recherchée.

Ce n'est que bien rarement qu'on aura à différencier *deux grossesses* — *une intra-utérine, l'autre extra-utérine* — d'une gestation compliquée d'embryome. Cette variété de grossesse double est en effet extrêmement rare et l'erreur pourra être facilement évitée par l'interrogatoire qui presque toujours mettra en évidence des signes de grossesse ectopique.

Enfin, en terminant, nous rappelons qu'il faut toujours penser : 1° A éliminer les *tumeurs fantômes* de nature hystérique qui peuvent simuler de façon parfaite un kyste dermoïde de l'ovaire.

2° A différencier (par l'examen général de la malade, les antécédents, les signes physiques de la tumeur, ses caractères évolutifs) un kyste dermoïde d'autres tumeurs abdominales telles que : kyste hydatique du foie, kyste hydatique de la rate, kyste du mésentère et surtout *rein flottant* atteint d'hy-

dronéphrose, comme on le verra par la lecture de l'observation n° 10. Nous rappellerons aussi le cas de Laurentie où le kyste était venu se coller littéralement contre la face inférieure du foie, rendant son diagnostic extrêmement difficile.

2° CAS. — *Une surdistension de l'abdomen ne permet pas de mettre facilement en évidence le kyste et l'utérus gravide.* Dans ces cas de surdistension abdominale les signes propres à chaque tumeur sont difficiles à individualiser. Schématiquement la percussion montrant une zone de matité à convexité supérieure et ne changeant pas avec les positions de la malade permettra de soupçonner l'existence d'une tumeur. L'interrogatoire, d'autre part, révélera des signes de grossesse. Mais il est des cas où ces signes de grossesse sont frustes et l'examen physique ferait plutôt croire à l'existence d'une volumineuse tumeur de l'abdomen. D'autres fois, au contraire, ce sont les signes de grossesse que la malade met tout de suite et très nettement en évidence ; eux seuls retiennent l'attention et l'examen physique ne fait pas penser, de prime abord, à une tumeur compliquant la gestation. On croit, le plus souvent à un utérus surdistendu par *hydramnios*. Il faut examiner très attentivement ces malades et chaque fois se poser les questions suivantes : *Est-ce une grossesse seule avec hydramnios ? Est-ce une grossesse gémellaire avec hydropisie d'un des œufs ? Est-ce une grossesse compliquée d'un kyste ovarique ?* Le diagnostic dif-

férentiel de ces affections sera souvent *très difficile*. Il pourra nécessiter des examens répétés où on précisera la forme de la matité (en faisant varier les positions de la malade), les points de fluctuation maxima, surtout les modalités de début de l'état présent, car, à un moment, il a sans doute été possible de mettre les deux tumeurs en évidence.

3^e CAS. — *On ne reconnaît que le kyste ovarien.* Ce sont les cas où *l'utérus gravide est placé derrière la tumeur de l'ovaire* qui le masque. En effet certains signes sympathiques de la grossesse font parfois partie de la symptomatologie fonctionnelle des kystes. La palpation ne révèle qu'une tumeur, le kyste. Les bruits du fœtus ne sont plus perçus à l'auscultation. La mère ne perçoit aucun mouvement actif, puisque l'utérus est loin de la paroi abdominale. On comprend que, dans ces conditions, la méconnaissance de la grossesse soit chose facile. Elle n'est pas sans danger. Un examen minutieux de la femme s'impose donc pour ne pas passer à côté de la gestation. Parmi tous les signes de grossesse recherchés on ajoutera grande importance à la situation du col que la présence du kyste aura porté en arrière et en haut.

B. — Kystes à siège pelvien

Le diagnostic des kystes dermoïdes pelviens compliquant la grossesse présente un *intérêt considérable*. C'est en effet dans le petit bassin que siègent

le plus souvent les embryomes. Il importe de les reconnaître tôt, afin d'éviter le cas de grave dystocie qui serait créé par eux au moment du travail. Nous établirons successivement le diagnostic de la grossesse puis celui de l'embryome qui la complique.

1° DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE. — Dans les premiers mois de la gestation, ce diagnostic peut présenter de réelles difficultés du fait de la présence de la tumeur pelvienne. La toucher montre, en effet, un col qui — en outre qu'il est plus ou moins modifié — est déplacé en avant et en haut. Derrière, dans le cul-de-sac de Douglas, on sent une masse plus ou moins ronde, plus ou moins mobile. On est prêt à penser à une *rétroversion utérine*. C'est une erreur que la présence de l'embryome peut très facilement faire commettre, car il est d'une consistance pâteuse et présente des points solides, résistants. Il faudra donc rechercher soigneusement les signes de la grossesse — signes sympathiques, modifications du côté des seins, etc..., — pratiquer un toucher combiné au palper pour mettre en évidence le siège exact du corps utérin, son augmentation de volume tandis que le doigt vaginal recherchera les modifications de tout l'organe.

2° DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR OBSTRUANT LE BASSIN. — Dans certains cas, ce n'est qu'au moment du travail qu'on est amené à faire ce diagnostic. Mais souvent, c'est pendant la grossesse, à l'occasion d'un toucher. Ce toucher montre derrière l'utérus

gravide une tumeur occupant le cul-de-sac postérieur, pouvant déborder sur un des côtés. Au début de la gestation, en combinant palper et toucher, on se rendra mieux compte des caractères de cette tumeur, surtout de sa consistance ordinairement pâteuse. Par un toucher rectal et vaginal combiné on aura la notion exacte de son siège entre le rectum et le vagin. Mais ces notions de consistance et de siège sont susceptibles, précisément, de créer plusieurs erreurs de diagnostic.

On peut croire à une *rétroversion de l'utérus gravide*. Cette confusion a pu être commise par des cliniciens tels que Gistren, Litzmann (cités par Jetter) Stadfeld (cité par Heiberg). On observe en effet, en avant, derrière la symphyse, le col utérin ; en arrière, dans le Douglas, la tumeur. Il y a, d'autre part, des signes de grossesse accompagnés de signes de compression. L'erreur apparaît donc comme des plus faciles à commettre et, dans certains cas, on ne disposera, pour l'éviter, que d'un seul moyen : l'examen *sous anesthésie* qui permettra de se rendre un compte plus exact du contenu de l'excavation en même temps qu'il pourra souvent pratiquer la réduction de l'utérus rétroversé.

L'hématocèle *rétro-utérine* offre aussi quelquefois de grandes analogies au toucher avec l'embryome. Mais l'hématocèle se rencontre très rarement au cours de la grossesse, son histoire clinique est différente et elle se distingue d'un kyste ovarique par

son immobilité, à moins que celui-ci ne soit fixé par des adhérences.

La grossesse ectopique, quand elle se développe dans le cul-de-sac postérieur, est beaucoup plus susceptible d'entraîner une erreur, du moins tout au début de la gestation. On connaît, en effet, l'existence de signes de grossesse. D'autre part, le toucher montre un col dévié en avant, parfois modifié, tandis que derrière l'utérus le doigt rencontre une masse ordinairement sensible à la pression et dont la consistance plus ou moins pâteuse rappelle celle de l'embryome. En règle générale, la confusion ne durera pas longtemps car le kyste est une tumeur relativement mobilisable, moins douloureuse, ne présentant ordinairement aucun changement de volume d'un examen à l'autre et n'entraînant aucun malaise sérieux, tandis qu'une grossesse ectopique se traduirait à chaque nouvel examen par une augmentation de volume de la tumeur annexielle et qu'il serait tout à fait exceptionnel de la voir évoluer sans provoquer, dès les premiers mois, des accidents qui permettraient le diagnostic.

La salpingite présente le même volume, la même forme et souvent la même situation qu'un kyste dermoïde de l'ovaire. Il sera cependant généralement facile de la reconnaître par la coexistence de la métrite, sa sensibilité plus nette, son absence de mobilité, les poussées fébriles et inflammatoires dont elle s'accompagne.

Autrement difficile sera très souvent le diagnostic entre un kyste dermoïde et un *fibrome pédiculé* compliquant la grossesse. On sait, en effet, que les tumeurs fibreuses sont *assouplies* par la gestation et leurs signes physiques se rapprochent alors beaucoup de ceux de l'embryome. A la fin de la gestation et dès les premières contractions du travail, les deux variétés de tumeurs peuvent donner au toucher une sensation absolument identique. C'est que la partie foétale qui se présente appuie à ce moment-là sur le kyste dont les parois se tendent fortement et on a l'impression d'avoir affaire à une tumeur solide. Le diagnostic de fibrome et d'embryome devient alors extrêmement difficile et des cliniciens comme Tarnier ont pu confondre les deux tumeurs. Plus loin, nous publierons une observation d'Hergott où, avant l'intervention, on a longuement discuté le diagnostic. Pour le faire il faudra combiner les touchers vaginal et rectal avec le palper de façon à bien apprécier les caractères physiques de l'utérus gravide et de la tumeur adjacente. Ainsi pourra-t-on parfois fixer l'utérus et se rendre compte de l'*indépendance* du kyste qu'on pourra mobiliser. En examinant plus attentivement encore la tumeur, on la trouvera *inégalement dépressible*, de *consistance et de résistance variables selon le point exploré*. Si la malade présentait déjà quelques contractions utérines, on pratiquerait cet examen pendant l'une d'elle et en dehors d'elle. Dans la plupart des cas on noterait des différences nettes dans les caractères de la

tumeur que l'on trouverait par moment *très dure, très tendue, très résistante*.

Parfois ces éléments précieux de diagnostic sont difficiles à mettre en évidence. Il faudra alors fouiller par l'interrogatoire les antécédents de la grossesse, surtout les signes fournis par la menstruation. En cas de kyste, on apprend, le plus souvent qu'il y a eu des irrégularités menstruelles, de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée — et encore ce n'est pas là une règle absolue, puisqu'on a pu observer « des hémorragies prolongées et abondantes accompagnées de dermoïdes ovariens » (De Rouville). — Les tumeurs fibreuses s'accompagnent, au contraire, de ménorragies et de métrorragies.

On comprend combien peut être difficile le diagnostic d'un kyste dermoïde et d'un fibrome.

Si le kyste dermoïde occupe une situation latérale, on peut le prendre pour une grossesse angulaire. Celle-ci n'est pas une rareté. Au début de la gestation, la palpation pourra la reconnaître si elle attend une contraction utérine qui amènera un durcissement de la corne gravide. Plus tard, au 3^e ou 4^e mois, la confusion sera impossible car l'utérus aura repris sa forme normale.

Si on a affaire à un kyste dermoïde inclus dans le ligament large on peut le confondre avec un *kyste parovarien*. En réalité, nous savons que cette inclusion de l'embryome est très rare. En outre, le kyste

wolfien constitue une tumeur ordinairement plus lisse, plus régulière et indolente. La confusion n'en est pas moins extrêmement facile à faire et c'est souvent l'opération seule qui fera le diagnostic.

La *dilatation sacciforme de l'utérus* est facile à éliminer puisqu'on ne sent au niveau de la tumeur kystique aucune partie fœtale.

Enfin il faut rappeler qu'une *réten tion de matières fécales* dans le rectum peut en imposer parfaitement pour un embryome. Nous rappellerons encore la curieuse observation rapportée par A. Hergott où il s'agissait d'une *vessie surdistendue* qui poussait des *diverticules* contre la paroi postérieure du bassin. Ceux-ci présentaient, au moment et en dehors des contractions utérines, les mêmes caractères qu'un kyste dermoïde. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de « *vider les réservoirs* » avant de pratiquer un examen de l'excavation.

Citons encore quelques autres diagnostics plus difficiles à établir mais qui se posent bien plus rarement. Porak a insisté sur celui des *kystes hydatiques du petit bassin*. « Ils peuvent présenter la même absence de phénomènes généraux, les mêmes caractères physiques, la même marche que les kystes de l'ovaire. Si la tumeur siège dans la cloison recto-vaginale ou à un autre point du petit bassin, la détermination précise de la situation qu'elle oc-

cupe pourra permettre d'exclure l'idée d'un kyste de l'ovaire. Mais si la tumeur siège dans le Douglas, on ne pourra établir le diagnostic que par la ponction » (Porak).

Weber a cité le cas d'une femme qui présentait une tumeur du bassin que l'on crût être un kyste. A l'opération on constata que le prétendu kyste avait un pédicule qui sortait sur la ligne médiane d'un petit orifice de la partie inférieure du sacrum, c'était une *méningocèle antérieure*.

Baudelocque a pu confondre un embryome et une *exostose* et il insiste sur la nécessité de rechercher l'immobilité absolue caractéristique de la tumeur osseuse.

Enfin, nous publions ci-dessous une observation de MM. Planchu et Gaudon où une masse dure faisant partie d'un embryome en imposa d'abord, pour un *promontoire*.

OBSERVATION IX

Kyste dermoïde de l'ovaire à contenu thyroïdien. Césarienne suivie d'ovariotomie.

Une masse dure faisant partie du kyste donne l'illusion d'un promontoire et fut reconnue à l'examen histologique constituée par du tissu thyroïdien. L'accouchement impossible par les voies basses aboutit à une césarienne suivie d'ovariotomie.

Mme C... R..., 20 ans, 1^{re} pare, la grossesse se passe sans incident et la gestante ne vient consulter à l'Hôtel-Dieu qu'à 8 mois. Présentation du sommet en O. I. G. T., tête mobile. Au toucher on arrive derrière le pubis dans la direction du promontoire sur une masse irrégulière, très duré, qui donne, au premier abord, l'impression d'un promontoire et d'un bassin extraordinairement rétréci. Un examen plus attentif montre que cette masse dure se continue en fuyant vers le Douglas avec un poche molle, fluctuante, du volume d'une grosse orange. Cette masse fait nettement corps avec la précédente. Le diagnostic de kyste de l'ovaire s'impose aussitôt. Ce kyste est fixé, non refoulable. Sa situation dans le pelvis rend nécessaire la césarienne abdominale qui est pratiquée par M. Plauchu, au voisinage du terme. M. Durand, chirurgien des Hôpitaux, fait ensuite l'ovariotomie. Suites opératoires normales.

A l'examen, la pièce anatomique se compose de deux portions très différentes d'aspect : Une première masse du volume du poing avec tous les caractères du kyste dermoïde à contenu sébacé. A l'ouverture : présence de cheveux, d'un fragment osseux pariétal sans forme déterminée, de graisse fluide qui se prend en masse par refroidissement. Sous-jacente à cette poche se trouve une deuxième masse irrégulière, du volume d'un petit œuf, de couleur rougeâtre. A la coupe, elle a un aspect aréolaire ; les plus grandes cavités sont de la dimension d'un grain de blé ; il s'en écoule un liquide visqueux, brunâtre.

Des fragments furent prélevés sur le kyste aréolaire pour examen histologique. Au microscope on trouve en un point le tissu ovarien normal ; le reste de la préparation est occupé par un tissu glandulaire coupé çà et là de grosses cloisons fibreuses ; il est formé de cavités arrondies, de dimensions variables, tapissé d'une couche de cellules épithéliales cubiques, le centre étant occupé par une substance colloïde : c'est l'aspect typique du corps thyroïde.

Nous voudrions maintenant insister sur la grande difficulté qu'on peut éprouver parfois — avant d'affirmer le diagnostic de kyste dermoïde — à éliminer les autres tumeurs solides de l'ovaire, avant tout le *fibrome de cet organe*. Dans les cas types, c'est assez facile car le fibrome de l'ovaire présente un certain nombre de signes fonctionnels, généraux et physiques assez nets. C'est ainsi qu'il s'accompagne de ménorragies ou de métrorragies, d'atteinte de l'état général, qu'au toucher il donne la sensation d'une tumeur très dure, non douloureuse, à surface irrégulièrement bosselée, située sur le côté de l'utérus et jouissant d'une grande mobilité. Mais cette symptomatologie est bien loin d'être la règle et *aucun des caractères précédents n'est constant*. Bien plus, c'est souvent que les fibromes de l'ovaire s'accompagnent d'aménorrhée, qu'ils évoluent sans porter atteinte à l'état général, qu'ils forment une tumeur moins lobée, donnant une certaine sensation de mollesse, qu'ils sont sensibles au toucher, qu'ils siègent en arrière de l'utérus, enfin qu'ils peuvent être enclavés dans le bassin, donc absolument immobiles. Dans ces cas, on reconnaît bien que la tumeur est indépendante de l'utérus, qu'elle est d'origine ovarienne, mais son diagnostic exact est des plus difficiles et on comprend qu'on l'ait souvent confondue avec un kyste dermoïde. Il faut une très grande attention pour l'en différencier ; parfois même cette différence ne peut être faite qu'au moment de l'opération.

Un dernier diagnostic nous occupera maintenant : celui de *kyste mucoïde* de l'ovaire. Dans les cas types, il existe des caractères physiques, fonctionnels et évolutifs assez différents entre les deux variétés de tumeurs pour que ce diagnostic soit, si non facile, du moins possible. C'est ordinairement au hasard d'un toucher qu'on est amené à poser le diagnostic d'embryome : on trouve une tumeur assez peu volumineuse en général, et dont l'existence était ignorée de la malade. Cette tumeur présente une surface plutôt irrégulière et surtout une *consistance pâteuse en certains points, dure et cartilagineuse en d'autres*, bien différente de la sensation de fluctuation si caractéristique des kystes mucoïdes. Enfin, cette tumeur est souvent *douloureuse à la pression*. Sans doute, ces caractères ne sont pas absolument constants et toujours faciles à mettre en évidence. C'est cependant sur eux que repose, avant l'opération, le diagnostic.

En résumé, parmi toutes ces causes d'erreur, nous en retiendrons trois : *la rétroversion de l'utérus gravide, la grossesse ectopique, enfin et surtout le fibrome pédiculé*. Ce dernier diagnostic est à coup sûr celui qui fait commettre le plus d'erreurs. Témoin les deux observations suivantes, dont la première, due à notre maître le Professeur A. Brindeau, est particulièrement significative :

OBSERVATION X

(due à notre maître le P^r A. Brindeau)

Kyste dermoïde de l'ovaire au cours de la grossesse ayant été pris successivement pour un fibrome et pour un rein flottant.

Mme F..., 42 ans, 3 grossesses antérieures, dernier enfant 17 ans. Bien réglée.

Retard des règles de 6 semaines. Utérus gros et dur. Masse du volume d'une tête d'enfant présentant une zone ramollie. On fait le diagnostic de grossesse jeune dans un *fibrome*. Continuation de la grossesse. Jusqu'à 4 mois, le soi-disant *fibrome* reste dans le Douglas. A six mois il est remonté. A sept mois il est impossible de le retrouver. A terme la tête s'engage. Accouchement spontané d'un garçon pesant 4.200 grammes.

Après l'accouchement on retrouve la tumeur. Diagnostic posé alors : *fibrome sous-péritonéal*. 8 jours après l'accouchement la tumeur est élevée, très mobile, flottant dans l'hypochondre gauche ; elle ressemble à un *rein flottant*. Peu à peu elle redescend vers le détroit supérieur.

Six mois après, laparotomie et ablation d'un kyste dermoïde pédiculé du volume des deux poings ayant la forme d'un rein. Contenu : cheveux, graisse, un maxillaire avec dents.

Bonné santé depuis. Pas de grossesse ultérieure.

OBSERVATION XI

Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une femme enceinte de six semaines environ. La grossesse continue.

Le 20 août 1926 : Mme M. M..., IV^e pare de 36 ans, se présente à la consultation de la Clinique Tarnier parce qu'elle est enceinte de 1 mois $\frac{1}{2}$ environ. L'examen obstétrical montre un utérus déjà développé, assez haut et en arrière duquel on note une petite tumeur qu'on diagnostique : kyste ovarique.

Le 22 août : la malade est examinée par M. le P^r Brindeau qui note : en avant, utérus certainement gravide ; en arrière, petite tumeur, du volume d'un œuf, très dure, non réductible, douloureuse. On sent un pédicule et il semble que cette tumeur s'insère sur la face postérieure de l'utérus. Diagnostic : ou kyste de l'ovaire ou fibrome malade à surveiller.

Le 4 septembre : le P^r Brindeau revoit la malade et constate que la tumeur située en avant n'a subi aucune modification sensible depuis le dernier examen ; par contre, celle située en arrière a augmenté de volume. Il décide d'admettre la malade dans son service pour opération.

Opération : le 15 septembre par le P^r Brindeau, assisté du D^r de Peretti, chef de clinique. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. L'utérus apparaît immédiatement à la plaie, repoussé en avant. Il est gros, mou et donne l'impression d'une grossesse de six semaines. La tumeur est invisible. On passe la main derrière l'utérus et on perçoit une masse arrondie, très dure, de consistance irrégulière, du volume d'une mandarine, extrêmement adhérente par des brides fibreuses qu'on est obligé de sectionner aux ciseaux.

Ces adhérences fixent la tumeur à la face postérieure de l'utérus au cul-de-sac de Douglas, au rectum et principalement à la trompe droite. Ablation du kyste. Suture des pédicules. La tumeur est constituée par un kyste dermoïde, $\frac{1}{2}$ partie liquide, $\frac{1}{2}$ partie solide. Le liquide est formé par un corps huileux jaune. On trouve un paquet de cheveux, un os, un maxillaire inférieur avec des dents. Au niveau de la poche on trouve un épaississement qui, incisé, montre qu'il s'agit d'un corps jaune.

Suites opératoires : excellentes. La femme quitte le service le 3 octobre. La grossesse continue.

Pronostic

Une grossesse compliquée de kyste dermoïde constitue un cas clinique sérieux, dont le *pronostic est incertain*. Pour la mère, il faut toujours craindre l'apparition d'accidents graves, comme la rupture du kyste ou la torsion de son pédicule ; il faut craindre la *dystocie* grave que l'embryome pelvien créera au moment du travail ; il ne faut pas perdre de vue les complications qui la menaceront encore pendant les suites de couches. Pour l'enfant, il faut toujours redouter *l'avortement* ou *l'accouchement prématuré*.

La gravité de ces pronostics a fait pousser très avant la discussion des traitements susceptibles de l'améliorer. Nous nous efforcerons d'en faire une étude complète et qui englobe le plus grand nombre possible de cas cliniques. Nous verrons alors que l'ovariotomie s'impose presque toujours comme opération de choix ; nous verrons aussi dans quelles conditions elle peut réduire considérablement la mortalité maternelle en même temps qu'elle améliore de façon extrêmement sensible le pronostic foetal.

Traitements

Nous allons passer en revue les divers traitements qui ont été proposés et qui sont : l'accouchement prématuré provoqué, la ponction du kyste, son incision avec marsupialisation, son refoulement, enfin l'ovariotomie.

1. L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ. —

C'est un *procédé illogique et dangereux* : illogique, parce qu'il laisse en place la tumeur qui reste une grave menace pour la mère et pour l'enfant ; dangereux, à cause des risques qu'il fait courir à la malade et de l'augmentation du taux de la mortalité foétale qu'il entraîne.

2. LA PONCTION. — Nous n'en aurions pas parlé à propos des embryomes si certains auteurs ne s'en étaient montrés partisans — employant à cet effet un trocart très large et chauffé — et si surtout M. Guérin-Valmale n'avait dit à la Réunion Obstétricale de Montpellier, le 10 décembre 1924 : « Il est certain que dans certaines conditions de milieu la ponction peut rendre service au praticien isolé, même en cas de kyste dermoïde ».

On ne discute plus les *dangers de la ponction* ; elle ne peut pas être un procédé de choix : elle entraîne souvent des hémorragies et trop souvent elle est la source *d'accidents infectieux*. Une statistique de Patton, établie en 1906, relève une mortalité maternelle de 38,7 %. La grossesse serait interrompue dans 54,8 % des cas. Enfin, il est un point pour le moins très discutable, c'est l'efficacité du procédé en présence d'embryome.

2. L'INCISION AVEC MARSUPIALISATION. — C'est le procédé conseillé par Tritsch, Treub et en France par M. Démelin. Ces auteurs font une incision vaginale du kyste avec suture de ses lèvres aux lèvres du vagin. Sans doute, cette intervention rend-elle l'accouchement possible, et, à ce point de vue, elle est infiniment préférable à la ponction. Mais, comme la ponction, elle crée des conditions *nettement défavorables à l'asepsie des suites de couches* et exige des soins prolongés.

3. LE REFOULEMENT. — Il fut autrefois un des procédés le plus souvent recommandé. On doit le pratiquer en l'entourant de certaines précautions. Pfannenstiel conseille de mettre la femme en position genu-pectorale ou en position de Sims. On fait de préférence cette manœuvre en position de Trendelenbourg. Alors, sous anesthésie générale, l'opérateur, une main introduite dans le vagin, essaiera de repousser tout doucement la tumeur jusqu'au-dessus du détroit supérieur.

Cette manœuvre est-elle toujours possible ? Elle réussit assez souvent, dans environ 60 % des cas (A. Brindeau). Mais elle échoue, à coup sûr, dans deux circonstances : d'abord quand des *adhérences* nombreuses et solides ont fixé l'embryome, ensuite dans les cas de kyste *inclus dans le ligament large*. Il est certain que les kystes dermoïdes ne se développent qu'exceptionnellement dans le ligament large, mais alors on peut être sûr qu'ils se comporteront — selon la comparaison d'Hergott — comme de véritables *fibromes irréductibles*. C'est bien ce que prouve l'observation ci-dessous (qui présente en outre l'avantage de montrer combien on peut être hésitant entre le diagnostic d'embryome et de tumeur fibreuse de l'utérus, puis entre celui-là et celui de fibro-cyste).

OBSERVATION XII

(partiellement résumée)

Opération césarienne nécessitée par un kyste dermoïde inclus dans le ligament large. (Communication faite à la Société Obstétricale de France le 7 avril 1899 par le P^r Alphonse Hergott).

Le 1^{er} août, on amène à la Maternité de Nancy une femme de 37 ans, en travail depuis 24 heures. Cette femme, primipare, est grande et bien constituée. Menstruée à l'âge de 16 ans, elle le fut régulièrement jusqu'à 34 ; depuis 3 ans, ses règles sont moins abondantes et moins périodiques. Elle ne peut préciser la date de sa dernière menstruation.

Pendant les premiers mois de sa grossesse, elle eut quelques

troubles stomacaux ; dans les derniers, la miction devint fréquente et douloureuse. Léger œdème au niveau des malléoles. A l'auscultation de la poitrine, on trouve la respiration normale, mais les bruits du cœur sont mal frappés et le pouls irrégulier.

Elle nous dit qu'elle ressent des douleurs abdominales depuis une quinzaine de jours, mais que le travail ne s'est en réalité déclaré que depuis la veille. Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic de 6 travers de doigt ; il est incliné à droite. Le fœtus se présente par le sommet, mais la tête n'est pas engagée et, quand on l'applique contre la colonne vertébrale, elle déborde à peine le rebord de la symphyse. Le dos est à gauche, les battements s'entendent nettement de ce côté. Jusqu'alors rien ne nous expliquait le motif pour lequel le travail n'aboutissait pas. Mais par le toucher, nous trouvons une volumineuse poche des eaux qui pénètre dans la cavité vaginale à travers un col souple, transversalement dilaté, refoulé en avant et en haut, derrière la symphyse pubienne, par une tumeur située dans le cul-de-sac postérieur. *Cette tumeur, réniente et molle, obstrue presque complètement l'excavation surtout en arrière et à droite.* En pratiquant le toucher rectal, on remarque que cette tumeur n'a aucune connexion avec les parois du bassin. Elle est située au devant du rectum, elle est arrondie et dépressible comme le serait l'extrémité pelvienne d'un fœtus à terme. Les contractions utérines devenant de plus en plus énergiques, la poche des eaux arrive à la vulve qu'elle rencontre, puis, elle se rompt spontanément, donnant issue à un liquide jaune verdâtre mais non fétide. On ausculte, les battements fœtaux sont réguliers. On touche, il n'y a pas de précidence. On parvient moins difficilement à la tête quoiqu'elle demeure toujours élevée. La suture sagittale est transversale, la grande fontanelle est seule perçue à droite. La tête n'est pas fléchie. La fontanelle est inaccessible à gauche.

Quelle est la *nature* de cette tumeur qui obstrue ainsi l'excavation et rend l'accouchement impossible ? Au premier abord,

j'avais cru reconnaître une *tumeur fibreuse* assouplie par la gestation ; mais en l'examinant plus attentivement, j'avais constaté que cette tumeur qui était arrondie et légèrement bosselée était inégalement dépressible, de consistance et de résistance variables suivant le point exploré. Aussi, étais-je hésitant entre une tumeur *fibro-kystique* et un *kyste dermoïde* à contenu épais comme cela s'observe si fréquemment dans ces sortes de néoplasmes. *J'essayai, mais inutilement, de repousser l'obstacle au-dessus du détroit supérieur*, la femme étant couchée sur le dos. Je la fis mettre également sur les genoux, dans la position genu-pectorale, *je réitérai mes tentatives de refoulement par le vagin et par le rectum*. Mes efforts demeuraient infructueux. La tumeur restait dans la cavité pelvienne. Si j'étais hésitant sur la véritable nature de l'obstacle, la consistance m'indiquait qu'elle n'était pas susceptible de disparaître par une ponction... L'emploi du trocart était donc inutile et dangereux : inutile, la consistance du contenu n'en permettant pas l'écoulement et par conséquent l'amoindrissement, que ce soit une tumeur fibrokystique ou un kyste dermoïde, dangereux par la porte que cette ponction intempestive pouvait ouvrir à l'infection. Comme cette tumeur qui n'était ni réductible ni susceptible d'être refoulée était trop volumineuse pour permettre d'extraire par le vagin un fœtus, même amoindrie par la basiotripsie, la voie abdominale ne paraissait la seule voie possible, la seule indiquée. *Il fallait pour délivrer cette malheureuse pratiquer l'opération césarienne*, que le fœtus soit encore vivant ou qu'il ait déjà succombé... Or, l'enfant était vivant. La femme était en travail depuis plus de 24 heures, les membranes n'étaient plus intactes, le kyste sous la pression exercée par la tête pouvait se rompre. Il fallait se hâter...

Incision de 5 cm. au-dessus de l'ombilic à 4 cm. de la symphyse pubienne. Il s'écoule une assez notable quantité de liquide péritonéal, jaune citron. Je sectionne l'utérus sur toute la longueur de sa face antérieure. Les membranes déchirées,

je saisis les pieds du fœtus que j'extrais rapidement. Il vivait, c'était une fille de 2.250 grammes...

On examine alors la cavité péritonéale et l'on se rend compte de la situation et de la nature de l'obstacle qui avait nécessité notre intervention. C'est une tumeur blanchâtre, arrondie, située dans l'aileron moyen du ligament large droit, qu'elle distend considérablement, surtout en arrière vers le cul-de-sac de Douglas, où existent de nombreuses adhérences avec la partie postérieure de l'excavation. Quelques-unes de ces adhérences sont détruites, sans doute par des tentatives de refoulement que j'avais pratiquées. L'ovaire droit est normal et tout à fait indépendant de cette tumeur qui, d'après les caractères qu'elle présente, je reconnais bien être *un kyste dermoïde inclus dans le ligament large*. Je n'ai pas cru, en raison de la situation intra-ligamentaire du kyste, que l'extirpation doive actuellement en être tentée. [Suit un compte rendu d'accidents graves dus à un fil de catgut]. Le 4 septembre la malade sort guérie avec une fille de 3.490 grammes.

Le refoulement n'est donc pas une manœuvre toujours possible. D'autre part, elle n'est has exempte de dangers ; il est incontestable qu'elle favorise la torsion du pédicule et la rupture du kyste, qu'elle peut entraîner des hémorragies très abondantes, parfois mortelles.

Cependant, le succès qu'elle peut donner dans 60 % des cas l'ont faite recommander par Baudelocque et Treub et la plupart des auteurs classiques admettent qu'on peut toujours tenter des manœuvres très prudentes de refoulement avant d'entreprendre l'ovariotomie.

5. L'OVARIOTOMIE. — C'est le *traitement de choix* des kystes compliquant la grossesse. Chirurgiens et accoucheurs sont tous d'accord sur la nécessité d'opérer tout embryome diagnostiqué avant le 5^e et même le 6^e mois de la gestation. Mais, passée cette date, l'accord est loin d'être parfait. Il nous paraît donc indispensable de considérer l'ovariotomie à deux périodes de la grossesse : avant le sixième mois, au sixième mois et plus tard.

A. L'OVARIOTOMIE PENDANT LES CINQ ET MÊME SIX
PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE

Elle est reconnue comme *l'opération de choix* par l'immense majorité des cliniciens français et étrangers. Seuls ne l'admettent pas, de façon absolue, quelques auteurs parmi lesquels Veit et Fehling. Veit se prononce pour l'ajournement de l'opération jusqu'à quatre semaines avant le terme chaque fois que cela est possible. Fehling, craignant l'interruption de la grossesse dans plus de 14 % des cas à cette période se prononce contre l'ovariotomie chez les primipares, dans les cas de tumeur bilatérale et dans tous ceux où la vie de l'enfant a quelque importance.

Contrairement à l'opinion de ces auteurs, nous allons montrer successivement : que l'ovariotomie n'est pas plus grave au cours de la gestation qu'en dehors d'elle, qu'elle permet d'éviter les accidents parfois très graves dus à la coexistence de l'utérus

gravide et de l'embryome, dans quelle proportion relativement peu élevée se produit l'avortement, enfin que la mise en présence des statistiques indique l'ovariotomie comme le moyen le meilleur de sauvegarder la mère et l'enfant.

1° L'ovariotomie n'est pas plus grave au cours de la gestation qu'en dehors d'elle

C'est ce qui ressort des statistiques. Celles que nous avons pu consulter ne distinguent pas les embryomes des autres kystes ovariens, mais nulle part nous n'avons trouvé mentionné la variété dermoïde du kyste comme facteur de plus grande gravité opératoire. Or, voici les chiffres de la statistique de Heil : Sur 146 cas opérés réunis par Orgler, il y a 4 morts. Sur 27 cas opérés réunis par Groefe, il n'y a aucune mort. Sur 60 cas opérés par Heil lui-même, il y a 1 mort. A ces 237 cas, nous pouvons ajouter ceux publiés par Lepage, Routier et Audebert, ce qui porte le chiffre à 241. Sur 241 cas, il y a 5 morts. La proportion de la mortalité est donc de 2 %. A la Clinique Tarnier, C. Juge a relevé tous les cas d'ovariotomie de 1907 à 1926 : 45 malades ont été opérées, une seule est morte, — encore faut-il noter qu'elle était atteinte de vomissements graves.

2° L'ovariotomie permet d'éviter les accidents éventuels dus à la coexistence des 2 tumeurs. — Ainsi sont évitées les deux complications du kyste qui menacent toujours sérieusement la vie de la

mère : la *torsion pédiculaire et la rupture*. Tous les auteurs considèrent la torsion du pédicule comme un accident fréquent au cours de la gestation où nous avons vu qu'elle se produirait dans 22 % des cas. Nous avons vu aussi que c'est dans la première moitié de la grossesse qu'il faut surtout la craindre : 90 fois sur 100 à ce moment là, d'après Puech et Vanverts. Nous avons dit que c'était surtout les embryomes qui étaient exposés à la torsion de leur pédicule et les 35 cas de kystes ovariens tordus, réunis par J. Szymanowicz, comptent une forte proportion de kystes dermoïdes.

D'autre part, la présence d'un kyste à côté de l'utérus gravide constitue une *menace sérieuse d'avortement* qui se produirait dans 23 % des cas d'après Rémy, dans 12,5 % des cas d'après Puech et Vanverts.

Ce n'est pas tout. Dans l'appréciation des avantages considérables de l'ovariotomie précoce, il ne faut pas perdre de vue la *grave dystocie* que créerait au moment du travail, la présence d'un embryome pelvien par l'obstacle mécanique qu'il constituerait au passage du fœtus. A ce moment-là, il faudrait presque sûrement se résoudre à l'opération, car si on abandonnait l'accouchement à lui-même les risques de *mortalité maternelle* varieraient entre 25 et 50 % (Puech et Vanverts). Il ne faut pas oublier enfin qu'un embryome abdominal, s'il a permis une gestation et un accouchement normaux, *aggrave encore le pronostic maternel des suites de couches* qui sont troublées dans 1/3 des cas. Toutes les compli-

cations du kyste sont alors possibles mais c'est surtout la suppuration et la torsion du pédicule qu'il faut redouter. La suppuration se produirait dans 41 % des cas, la torsion dans 40,5 % (Puech et Vanverts).

Enfin existe-t-il des cas particuliers où l'expectative serait préférable à l'intervention? A-t-on intérêt à laisser évoluer les embryomes de petit volume et qui ne subissent aucune influence du fait de la grossesse? Certains auteurs le croient et proposent de laisser jusqu'à la fin de la gestation les tumeurs qui, observées depuis un certain temps, ne présentent aucun changement, surtout si elles n'ont pas présenté de troubles dans les gestations précédentes. Cette conduite intermédiaire ne paraît pas justifiée par l'observation clinique. Celle-ci montre, au contraire qu'il faut craindre les mêmes complications pour la mère et pour l'enfant. De même que pour les kystes de dimensions plus considérables, la torsion du pédicule reste un accident toujours possible, comme le prouvent les trois observations suivantes, qui ont trait cependant à de grandes multipares et que nous avons relevées de la statistique de Szymanowicz.

OBSERVATION XIII

Troisième grossesse. Quatrième mois. Tumeur peu mobile arrivant jusqu'à l'ombilic et étroitement accolée à l'utérus. Kyste dermoïde de l'ovaire droit, dont le pédicule était tordu à 180 degrés. Il a fallu disséquer des adhérences multiples avec l'utérus, l'intestin et l'épiploon. La grossesse continue.

OBSERVATION XIV

Multipare. Troisième mois. Tumeur dans le petit bassin du côté gauche, peu mobile, sensible au toucher : c'est un kyste dermoïde dont le pédicule a été *strangulé* plusieurs fois. Après avoir séparé facilement les adhérences on enlève la tumeur sans difficulté. La *grossesse continue*.

OBSERVATION XV

Septième gestation. Grossesse de trois mois. Kyste dermoïde à gauche de l'utérus remontant à l'ombilic *tordu* de 360 degrés. Pas de complication. La *grossesse continue*.

3° Les risques d'interruption de la grossesse, après ovariectomie, sont relativement faibles. —

Nous avons dit que c'est le risque de provoquer *l'avortement* qui a fait discuter à certains auteurs, comme Veit et Fehling, l'opportunité de l'intervention. De fait, tous les cliniciens redoutent l'avortement.

Mais se produit-il souvent? Déjà Lucas-Championnière soutenait non et trouvait qu'on exagérait beaucoup ses risques. Audebert, reprenant les observations de Orgler, de Grœfe et de Heil, trouve 19 interruptions de grossesse sur 100 kystes opérés. Puech et Vanverts l'ont notée 1 fois sur 10 si on opère pendant les 4 premiers mois, 1 fois sur 5 si on opère au 5^e et 1 fois sur 4 si on opère au 6^e. Pour McKerron la proportion des avortements serait de 25,6 % en opérant au 2^e mois, de 18,6 % en opérant au 3^e, de 14,2 % en opérant au 4^e et de 25,4 % en opérant

rant au 5°. Voici maintenant le détail de la statistique que Juge a établie à la clinique Tarnier et qui porte sur 38 ovariectomies pratiquées dans la première moitié de la grossesse qui ont provoqué 5 avortements :

3 ovariectomies ont été pratiquées dans les 6 premières semaines, il y a eu 1 avortement.

8 ont été faites au 2° mois sans avortement.

4 ont été pratiquées à 2 mois $\frac{1}{2}$ avec 1 avortement.

15 ont été pratiquées au 3° mois, il y a eu 2 avortements.

8 ont été pratiquées après le 3° mois, il y a eu 1 avortement.

En ce qui concerne les kystes dermoïdes seuls, J. Szymanowicz ne relève qu'un avortement sur 9 opérations. A la clinique Tarnier nous n'en avons relevé aucun sur 5 ovariectomies faites avant 3 mois $\frac{1}{2}$.

Nous remarquons que dans toutes ces statistiques on a opéré surtout au 3° mois et Mc. Kerron a établi la sienne sur 102 opérations au 3° mois contre 84 seulement au 4° et 39 au 2°.

Le pourcentage des avortements par ovariectomie dans la première moitié de la grossesse est donc peu élevé. L'est-il davantage en cas de kyste des 2 ovaires? Il ne semble pas. Pfannenstiel affirme que l'ovariectomie double, malgré l'hémorragie qu'elle peut provoquer, n'a pas d'autres conséquences

que l'opération unilatérale. Cette opinion est aussi celle que Puech et Vanverts ont acquise d'après leur très importante statistique.

4° Il nous reste maintenant à comparer les chiffres ci-dessus que donne l'ovariotomie à ceux que donne l'expectative. Celle-ci élève la mortalité maternelle à 39,2 %, d'après Piering (clinique Winkel), à 31,3 % d'après Tarnewsky. Elle élève le pourcentage des interruptions de gestation à 17 % pour Zahnwald et Flatau, à 20 % pour Ribemond-Dessaignes.

Ces statistiques indiquent de façon indiscutable que, dans l'intérêt de la mère et celui de l'enfant, il faut opérer dans les cinq premiers mois de la gestation tout embryome qui la complique.

Nous publions ci-dessous 4 observations de la clinique Tarnier auxquelles on joindra celle n° 11.

OBSERVATION XVI

Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche chez une femme enceinte de deux mois environ. La grossesse continue.

Au début du mois d'octobre 1922, Mme S... E..., 1^{re} pare de 19 ans, est examinée à la consultation de la clinique Tarnier, parce qu'elle est enceinte de six semaines environ. L'examen permet de noter la présence derrière l'utérus d'une tumeur pelvienne, grosse comme une orange, mobile et qu'on dia-

gnostique kyste ovarique. La malade est admise dans le service pour opération.

Opération le 20 octobre par M. le P^r Metzger, assisté du D^r Lantuéjoul, chef de clinique. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, on remarque que l'utérus est gros comme pour une grossesse de 6 semaines à 2 mois. En arrière, il y a un kyste de l'ovaire gauche, un peu plus volumineux que l'utérus, du volume d'une grosse orange. Il est libre. On arrive facilement à l'énucléer à l'aide de l'hystérolabe, sans extérioriser l'utérus. Incision d'annexes gauches. Ligature des deux pédicules. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : excellentes. La malade sort le 6 novembre. La grossesse continue.

OBSERVATION XVII

Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme enceinte de trois mois environ. La grossesse continue

Le 11 février 1925, Mme G... M..., 11^e pare de 24 ans, se présente à la consultation. En même temps qu'on diagnostique une grossesse de 3 mois environ, évoluant normalement, on met en évidence un kyste de l'ovaire gauche.

Le 12 février, opération par M. le P^r Brindeau, assisté du D^r Lantuéjoul, chef de clinique. Anesthésie au chloroforme. Incision haute, l'ombilic étant au milieu de l'incision. On extériorise la tumeur qui a le volume d'une mandarine ; le pédicule est long et plat, on le lie en deux places. Suture de la paroi en trois plans. L'opération a duré longtemps, parce que l'anesthésie est mauvaise au début.

Le 2 mars, la femme quitte le service guérie. La grossesse continue.

OBSERVATION XVIII

Kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme, enceinte de 3 mois. La grossesse continue

Mme V..., 24 ans, opérée le 30 mai 1919, par M. le P^r Brindeau, assisté du D^r Lantuéjoul, chef de clinique. Incision transversale. L'ovaire très mobile est situé dans la fosse iliaque. L'utérus gravide est gros comme le poing. La tumeur ovarienne est grosse comme une mandarine et mobile avec un long pédicule facilement attirée au dehors. Suture du pédicule en chaîne. Fermeture en 3 plans. Opération facile. Anesthésie à l'éther.

OBSERVATION XIX

Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois et demi environ. La grossesse continue

Au début du mois de septembre 1923, Mme M... M... 1^{re} pare de 23 ans, entre dans le service du P^r Brindeau, pour être opérée d'une tumeur pelvienne compliquant une gestation de 3 mois et demi environ.

Opération pratiquée le 8 septembre par le P^r Brindeau, assisté de M. de Peretti, interne du service. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. L'utérus vient immédiatement se placer devant la plaie, on voit qu'il est repoussé en avant. Il est très mou. On passe la main en arrière dans le cul-de-sac de Douglas et on ramène le kyste qui est enclavé, mais non mobile. Deux pinces sur le pédicule. Ablation du kyste. Suture en chaîne. Le pédicule était tordu sur un quart de tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Suture en trois plans. L'utérus a été très peu manié. On pratique une injection de 1 cc. de morphine.

Examen de la pièce : Forme et volume d'un rein de con-

•

sistance pâteuse ; il contient des cheveux, de la matière sébacée et une partie solide osseuse. En faisant une coupe de la face interne on trouve de la graisse. Le corps jaune de la grossesse siégeait dans l'ovaire droit qui était l'ovaire malade.

Suites opératoires excellentes. Mme M... sort de la clinique le 26 septembre. La grossesse continue.

Voici une dernière observation d'ovariotomie — cette fois *bilatérale* — ayant permis une gestation normale.

OBSERVATION XX

(Publiée par Fischel)

Femme de 28 ans, VI^e pare ; présente *deux tumeurs* libres et fluctuantes, l'une dans le cul-de-sac de Douglas de la forme et de la grosseur du rein, la seconde autour de la trompe droite. Les douleurs résultant de la compression exercée par la double tumeur cessent dès que la malade prend la position genu-pectorale.

Au 3^e mois les souffrances deviennent si intolérables que la malade réclame elle-même l'intervention.

Laparotomie. Extraction facile des deux tumeurs. Pas d'hémorragies, pas de complication opératoire. Les deux tumeurs furent reconnues de nature dermoïde. *Accouchement spontané et à terme.*

B. L'OVARIOTOMIE A PARTIR DU 6^e MOIS DE LA GESTATION

Elle est encore l'*opération de choix*. Cette opinion n'est contestée par personne. Nous allons montrer

•

les avantages qu'on peut en retirer, puis nous en montrerons les dangers.

1° Les avantages de l'ovariotomie. — Les auteurs qui ont défendu l'intervention systématique ont été guidés par la crainte de voir survenir une des complications que nous avons déjà vues, soit avant le terme, soit au moment du travail, soit pendant la période puerpérale. Mais celle qu'ils redoutent surtout, c'est — en dehors de l'enclavement possible du kyste — *la torsion du pédicule*. Ils soutiennent qu'à tout moment cette torsion peut se produire avec tous ses accidents. Et fait extrêmement grave, ajoutent-ils, lorsque ceux-ci apparaissent, il est déjà trop tard : la vie de la mère et de l'enfant sont en danger. Telle était l'opinion de Pozzi, c'est celle de MM. Quénu, Delbet, Pinard qui concluent encore une fois à la nécessité d'opérer dès le diagnostic posé. La fréquence de la torsion du pédicule, dit M. Quénu, l'enclavement possible pendant le travail sont deux raisons suffisantes pour conseiller l'intervention.

A la vérité, nous avons vu que la torsion du pédicule est un accident qui assombrit le pronostic des embryomes compliquant la gestation. Mais il ressort des observations cliniques que cet accident se rencontre bien moins souvent à la fin de la grossesse qu'au début et Puech et Vanverts considèrent que sur 100 torsions du pédicule, 90 se produisent dans les 6 premiers mois et 10 seulement dans les 3 der-

niers. C'est tout de même toujours une complication grave. Faut-il admettre que dès son apparition la vie de la mère soit compromise ? Les faits cliniques ne semblent pas confirmer cette opinion. Il est en effet une observation du P^r Hartmann où l'opération n'eut lieu que 48 heures après le début des accidents, une autre de Lepage où on n'opéra que 3 jours après. Dans les 2 cas la guérison eut lieu tout de même. 3 opérations de Lapeyre relatées dans la *Gazette Médicale* du centre montrent que les malades peuvent guérir même après des retards considérables apportés à l'intervention : dans le 1^{er} cas, la malade ne fut opérée que 9 jours après le début des accidents ; dans le 2^e, on n'intervint qu'au 8^e jour ; dans le dernier, on n'opéra qu'au 12^e jour. *De ces faits on peut bien conclure que la torsion (accident grave) n'est pas en quelques heures redoutable.*

2° Les dangers de l'ovariotomie. — C'est l'interruption de la grossesse. A cette période de la gestation, la susceptibilité de l'utérus devient extrême et les risques d'accouchement prématuré après ovariectomie sont vraiment très grands. D'après Wœhmer — cité par Fehling — la grossesse serait interrompue dans 44 % des cas aux 6^e et 7^e mois. La statistique de Dsirne est plus sombre encore : pour lui, la proportion des accouchements prématurés serait de 60 % des cas au 7^e mois, de 40 % au 8^e. Celle de Mc Kerron indique les proportions suivantes : 34,3 % au 6^e mois, 39,1 % au 7^e, 42,2 % au 8^e,

14,2 % au 9°. Celle de Puech et Vanverts 1 interruption de gestation sur 4 ovariectomies au 6° mois, 1 sur 2 au 7°, 1 sur 3 au 8° et au 9°. On peut donc dire que, d'une façon générale, l'ovariectomie entraîne dans les trois derniers mois près d'un *accouchement prématuré sur deux* et cela malgré toutes les précautions prises au moment de l'opération et les injections prophylactiques de morphine. Il est même des circonstances où cette interruption de la grossesse devient à peu près *inévitabile*. Ce sont les cas où il existe des *adhérences* entre le kyste et l'utérus. Ces cas sont assez rares sans doute mais il faut les soupçonner chaque fois qu'on aura pu noter un travail inflammatoire antérieur. Hergott fait remarquer qu'alors, malgré toutes les précautions prises, l'utérus est si irritable que sa contractilité ne tardera pas à se développer et à expulser le produit de conception.

Tels sont les faits. *En nous appuyant sur eux* nous allons essayer d'établir une règle de conduite applicable aux cas de kyste dermoïde compliquant une gestation.

Conduite à tenir

Il va de soi que chaque fois qu'un kyste dermoïde compliquant une grossesse sera le siège d'un accident aigu, on sera obligé d'intervenir d'urgence.

Mais, en dehors de ces cas, la conduite à tenir variera avec la période de la gestation.

A. Conduite à tenir pendant les 5 et même les 6 premiers mois.

Pendant les 5 et même les 6 premiers mois on aura toujours recours à l'*ovariotomie* qui est le meilleur traitement pour sauvegarder la vie de la mère et celle de l'enfant. On peut dire que cette conduite est celle de tous les accoucheurs et de tous les chirurgiens.

Nous ne ferons que rappeler — sans insister — la théorie du corps jaune de L. Frankel, soutenue en France par Ancel et Bouin, dont la première conséquence était de faire remettre l'*ovariotomie* au début du 5^e mois.

Dans le chapitre précédent nous avons montré qu'il ne fallait pas attendre cette date, qu'on pou-

vait opérer dès le diagnostic posé, même tout à fait au début de la gestation, comme le font beaucoup d'accoucheurs et comme l'ont conseillé Puech et Vanverts mais que le moment qui nous paraissait le plus favorable se trouvait aux environs du 3^e mois.

B. Conduite à tenir à partir du 6^e mois.

L'avis des accoucheurs est dans ce cas loin d'être unanime. Certains sont partisans de l'intervention dès le diagnostic posé, d'autres préfèrent, au contraire, attendre la fin du 7^e mois (période de viabilité fœtale) d'autres enfin, attendent, pour opérer, le début du travail. Nous connaissons les raisons de ces divergences. Résumons les : à la mère, l'ovariotomie assure un pronostic meilleur en la mettant à l'abri de toutes les complications, surtout de la torsion du pédicule, accident toujours grave mais pas en quelques heures redoutable cependant ; au fœtus, elle fait courir des risques beaucoup plus sérieux qu'au début de la gestation et par elle il faut craindre de l'interrompre une fois sur deux environ.

Il apparaît donc très délicat d'établir une règle générale de conduite à tenir. Nous pensons que celle-ci devra varier avec les circonstances. Nous pensons que chaque cas demandera qu'on apprécie très soigneusement deux conditions : la certitude que l'embryome est pour l'instant bien toléré, d'abord, la certitude qu'une surveillance particuliè-

rement étroite de la malade pourra être établie, ensuite. *On s'assurera donc de façon rigoureuse :*

1° *De la non existence d'un symptôme fonctionnel grave, surtout de la dyspnée si le kyste est abdominal.*

2° *Que l'embryome n'a pas subi d'accroissement sensible du fait de la gestation.*

3° *Que l'état général de la femme reste satisfaisant, surtout qu'elle ne présente aucun trouble circulatoire.*

4° *Que le fœtus n'accuse aucun signe de souffrance.*

5° *Que la malade restera au repos absolu.*

6° *Qu'une surveillance médicale de la malade pourra s'exercer presque journellement.*

Si ces conditions — toutes rigoureusement nécessaires — sont remplies, nous pensons, qu'à partir du 6° mois de la gestation, l'expectative est préférable à l'intervention, surtout si la malade était soignée à l'hôpital ou dans une clinique où peut s'exercer une surveillance de tous les instants. Dans les cas contraires, nous pensons qu'il vaut beaucoup mieux débarrasser tout de suite la femme de sa tumeur.

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE D'UN CAS FAVORABLE A L'EXPECTATIVE.

a) *Le kyste est abdominal.*

On surveillera comme nous avons dit la malade jusqu'au terme. L'accouchement spontané sera la

règle. Cependant, on surveillera attentivement la malade, se tenant toujours prêt à intervenir au premier symptôme général ou local alarmant. On évitera, dans la mesure du possible, les traumatismes de la tumeur par les contractions utérines. C'est dire qu'on aura intérêt à user du *forceps*. La malade étant sous anesthésie, il permettra une évacuation douce de l'utérus, diminuant de la sorte les risques de complications, surtout d'hémorragie et de torsion du pédicule.

On surveillera très attentivement encore la période des suites de couches parce qu'il faudra encore craindre — et très sérieusement — *la torsion du pédicule*.

Après la période du post partum, on conseillera à la malade l'ablation de sa tumeur.

b) *Le kyste est pelvien.*

Dans ce cas, il ne faut plus compter sur la possibilité d'un accouchement spontané. Il faudra à un moment pratiquer *l'ovariotomie*. Quand ?

Certains auteurs, voulant ménager à la fois la mère et l'enfant, ont proposé d'opérer dès que serait atteinte *la période de viabilité fœtale*. Ils s'efforcent d'atteindre le 7^e mois et Hergott dit : « Il est donc à désirer que ce travail prématuré puisse être assuré de la naissance d'un fœtus viable ; aussi faudra-t-il tâcher par tous les moyens possibles, d'atteindre le terme de la viabilité fœtale quand une pareille opération ne sera pas immédiatement et

impérieusement commandée ». La plupart des accoucheurs français se sont élevés contre l'attente de cette date de « prétendue » viabilité fœtale. Le P^r Pinard ne l'admet pas, le P^r Brindeau non plus. De fait, un enfant né au 7^e mois est le plus souvent débile et a peu de chances de survivre. Pour assurer ses jours, il faudrait attendre pour opérer au moins le 8^e mois. En conséquence, pour intervenir, il est préférable d'attendre — et c'est l'avis du P^r Brindeau, — sous surveillance médicale étroite, la fin de la gestation.

A ce moment-là, il vaudra mieux recourir directement à l'ovariotomie. Cependant, on sera en droit de tenter — dans les conditions que nous avons exposées — le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur. Mais il est bien entendu qu'on agira avec beaucoup de douceur et de prudence : si la tumeur ne se laisse pas aisément refouler, on n'insistera pas et on fera une ovariectomie.

FAUDRA-T-IL LA FAIRE PRÉCÉDER DE SECTION CÉSARIENNE ?

Certains accoucheurs, dont M. le Professeur Couvelaire, se déclarent partisans de l'ovariotomie abdominale avec accouchement par les voies naturelles dans le but de ne pas exposer la femme aux risques ultérieurs de la section césarienne et à ceux immédiats d'une intervention complexe. A priori, cette conduite paraît idéale et Ed. Lévy, réunissant 22 cas

relevés dans la littérature médicale, auxquels il ajoute une observation personnelle, a essayé de montrer que les faits cliniques justifient une pareille conduite. Sur les 23 cas, il n'y a aucun accident maternel. Mais nous montrerons que l'intervention ainsi conduite est loin d'être toujours possible et qu'elle assombrit singulièrement le pronostic fœtal.

1° *L'intervention n'est pas toujours possible.* Des adhérences peuvent, en effet, empêcher de travailler avec sécurité dans le bassin. Mais, même dans le cas d'embryome pelvien absolument libre, il est indispensable, pour en pratiquer l'ablation d'extérioriser d'abord l'utérus, ensuite de le faire basculer vers le pubis. Mais précisément cette « luxation » de l'utérus en avant est loin d'être sans danger et le P^r Couvelaire, lui-même, a insisté sur la nécessité de ne point l'exagérer sous peine de compromettre l'intégrité des pédicules vasculaires. Or, pour si peu qu'on ait affaire à une tumeur un peu volumineuse, ce ne sera qu'au prix d'une luxation marquée qu'on pourra l'atteindre et l'enlever. ;

C'est pour l'éviter que Guillemet, Grosse et Hugé ont dû avoir recours à l'opération césarienne dans un cas qu'ils ont rapporté à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, en 1909.

2° *Le pronostic fœtal dans l'ovariotomie sans section césarienne préalable*, semble beaucoup moins bon. Nous publions, ci-dessous, une observation très

instructive de M. Sauvage qui relate un cas où l'intervention ainsi pratiquée ne permit pas d'avoir un enfant vivant.

OBSERVATION XXI

(Partiellement résumée)

Ovariectomie abdominale sans section césarienne préalable.

Enfant mort

Il s'agit d'une primipare, examinée pour la première fois au 8^e mois. On fit alors le diagnostic de tumeur ovarienne à contenu liquide, saillante dans le Douglas. Surveillance jusqu'à terme. Pas d'accident.

Au moment du travail, voici comment se présentent les choses : Utérus entièrement abdominal. Il est soulevé et incliné par une tumeur très fluctuante, comme le serait une poche incomplètement emplie de liquide. Elle occupe toute l'excavation, remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis et s'étale vers la fosse iliaque droite. Au toucher, elle bombe fortement dans le vagin et efface le cul-de-sac postérieur. Col élevé, difficilement accessible et fortement dévié en avant et à gauche. Tête de l'enfant dans la fosse iliaque gauche et le tronc est incliné en « écharpe ». Rupture prématurée des membranes. Il s'échappe du liquide verdâtre deux heures avant l'apparition des contractions. 4 heures après le début des douleurs on pratique un examen et on fait une ponction de la tumeur qui montre qu'on est en présence d'un embryome. On décide l'intervention par voie haute sans section césarienne, si possible.

Deux heures après : Laparotomie sus et sous-ombilicale. *Extériorisation de l'utérus qui est luxé hors du ventre vers le pubis.* On arrive sur la tumeur pelvienne et on l'amène au dehors. Extériorisation d'une tumeur libre d'adhérence et du

volume rappelant celui d'une tête fœtale à terme. Double ligature à la soie sur le pédicule qui est long et gros comme le petit doigt. Réintégration de l'utérus dans le ventre. Intervention remarquablement simple et il ne s'est pas écoulé 10 minutes entre l'incision et le commencement des sutures abdominales. Accouchement spontané 6 heures après la laparotomie. Période d'expulsion assez courte pour qu'on n'ait pas le temps matériel d'appliquer le forceps dans le but d'éviter aux sutures les tiraillements par efforts. *L'enfant est mort*. Il pèse 3.750 grammes et présente une rigidité cadavérique partielle avec attitude en griffe des doigts et des orteils par contracture des muscles fléchisseurs. La tumeur enlevée est un embryome classique avec contenu de matière sébacée, de poids et de fragments de tissus comparables à du cartilage.

Suites opératoires : simples d'abord, puis troublées par des élévations de température entre 37° et 39°, du 8^e au 18^e jour et qui disparaissent après élimination d'un fil de soie.

M. Sauvage fait suivre son observation des commentaires suivants : « Donc les résultats ont été favorables pour la mère et l'intégrité de son utérus lui permettra d'accoucher ultérieurement dans de bonnes conditions. Malheureusement, l'enfant est mort. Dans quelle mesure l'intervention en est-elle responsable ? Immédiatement avant d'appliquer sur le ventre la couche de teinture d'iode, les doubles battements fœtaux ne présentaient pas de caractère anormal appréciable. Ils avaient disparu dès que l'opérée fut remise dans son lit et ne réapparurent pas jusqu'à l'accouchement. *L'enfant est donc mort pendant l'intervention*. Coïncidence ? Ni pendant le

travail, ni pendant l'accouchement, ni à l'examen du délivre, je n'ai pu constater aucune des causes qui sont ordinairement à l'origine de la mort de l'enfant pendant le travail. Je suis donc disposé à admettre que dans le cas ci-dessus, la mort a été causée par l'intervention. » M. Sauvage fait ensuite remarquer qu'au moment de l'opération la vitalité de l'enfant n'était plus entière. Il y avait eu écoulement verdâtre de liquide amniotique qui indiquait qu'à un moment donné, l'enfant avait souffert vraisemblablement par suite d'une compression passagère du cordon. Mais, ajoute-t-il, on voit chaque jour des enfants naître vivant malgré cet incident.

Bref, pour pouvoir mener à bonne fin, une ovariectomie sans section césarienne préalable, au moment du travail, plusieurs conditions doivent être remplies :

a) Il faut être en présence d'une tumeur *non adhérente*.

b) Cette tumeur ne devra pas nécessiter, pour en faire l'ablation, une *luxation* forcée ou prolongée de l'utérus.

c) Enfin la *vitalité de l'enfant devra être entière*, le moindre signe de souffrance constituera une contre-indication absolue. Ces diverses conditions paraissent rigoureusement nécessaires si on veut que l'opération assure un bon pronostic maternel et fœtal. C'est dire, que ce n'est que dans des cas bien particuliers, donc assez exceptionnels, qu'un em-

bryome pelvien compliquant le travail pourra être traité par ovariectomie sans section césarienne préalable.

Dans l'immense majorité des cas, il vaudra beaucoup mieux faire précéder l'ovariectomie de section césarienne, afin d'assurer, en même temps qu'un pronostic maternel satisfaisant, le meilleur pronostic fœtal.

OBSERVATION XXII

Césarienne pour dystocie due à un kyste dermoïde de l'ovaire à siège pelvien. Ablation du kyste

Le 15 juillet 1921, Mme D... G... se présente à la consultation pour examen. C'est une 1^{re} pare de 19 ans, presque à terme. Par le palper et par le toucher on se rend compte qu'il s'agit d'une présentation du sommet, mais la tête apparaît très mobile et très haut située. Un toucher plus minutieux montre alors l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine, située dans le cul-de-sac latéral gauche, derrière la tête fœtale. On porte le diagnostic de kyste dermoïde probable et la malade est admise à l'hôpital.

Le 28 juillet on pratique une césarienne suivie d'ovariectomie. Longue incision partant de quatre travers de doigt au-dessus du pubis jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Extériorisation de l'utérus. Ponction de la face antérieure de l'utérus près du fond. Le placenta est inséré en avant. On passe à travers et on extrait un garçon qui pèse 3.120 grammes et qui crie presque aussitôt. Hémorragie modérée. L'utérus se rétracte mal. Délivrance est facile. On fait une injection sous-cutanée de un centigramme d'hypophyse ; l'utérus se rétracte mieux. Suture de l'utérus en deux plans : un, profond, à la soie, l'autre, superficiel, au catgut. On ex-

plore alors le petit bassin et on extériorise un kyste complètement pelvien, très mobile, à long pédicule, tordu d'un tour complet, dans le sens des aiguilles d'une montre. Pincées sur le pédicule. Ablation du kyste. Suture de la paroi en trois plans.

La tumeur a le volume d'un petit poing. Elle est molasse, aplatie en forme de galette. Le contenu est constitué par de la matière sébacée de consistance crémeuse avec de longs cheveux et une partie solide à la fois cartilagineuse et osseuse.

Suites opératoires : Grandes oscillations thermiques entre 38° et 40° pendant six jours. Le pouls suit les variations de la température, puis la fièvre se maintient une semaine entre 38° et 37°5. Elle descend ainsi en lysis jusqu'à la normale qu'elle atteint le 15 août. Le 22 août, Mme D... G... quitte l'hôpital guérie avec son enfant bien portant.

Procédés opératoires

1° L'ANESTHÉSIE.

L'anesthésie rachidienne qui peut provoquer des contractions utérines, est contre-indiquée.

2° VOIE D'ABORD.

Bien entendu, les kystes abdominaux nécessitent la laparotomie.

Les kystes pelviens peuvent être enlevés soit par voie vaginale, soit par voie abdominale.

a) *Voie vaginale.* — Certains auteurs, comme Heiberg et Treub, la préfèrent. Treub fait une colpotomie postérieure et pratique l'ablation de la tumeur suivie de la suture exacte de la plaie vaginale.

Il préfère cette voie à la voie haute à cause du nombre de guérisons qu'elle lui a données (74).

Ceux qui la vantent reprochent à la voie abdominale de créer des adhérences et de favoriser l'éventration dans le cours de la grossesse. De plus, ils considèrent la voie basse comme moins traumatisante pour l'utérus et par conséquent moins favora-

ble à l'accouchement prématuré. Si cette dernière considération était confirmée par les faits cliniques, elle serait, à n'en pas douter, un sérieux argument en faveur de l'opération par voie basse. Mais il ne paraît pas qu'il en soit ainsi. Bien au contraire, en opérant par le vagin, il ne paraît pas possible d'éviter une certaine brutalité, un certain tiraillement de l'utérus qui vont précisément *favoriser l'avortement*. Celui-ci se produit, de fait, dans 45 % des cas d'après Flattau, dans 22 % des cas d'après Groefe.

D'autre part, on n'oubliera pas le cas publié par Treub lui-même où un état hyperémique accusé de la paroi vaginale fut le point de départ, lors de l'incision du cul-de-sac postérieur, d'une *hémorragie* abondante qui masqua le champ opératoire, gênant beaucoup les manœuvres et, en somme, rendit l'intervention pénible et aléatoire. Voici une seconde observation analogue :

OBSERVATION XXIII

(Publiée par Braun)

Femme de 28 ans, VIII^e pare. 5^e mois de la grossesse. Extirpation d'un kyste dermoïde de la grosseur du poing par la voie vaginale. Malgré une *hémorragie*, guérison, sans trouble de la grossesse.

De sorte que Treub lui-même subordonne sa conduite à l'état des parois du vagin : si elles ne présentent pas d'hypérémie marquée, il opère par en bas ;

dans le cas contraire, il fait l'ablation du kyste par voie haute.

b) *La voie abdominale*, moins aveugle et qui permet un *meilleur pronostic fœtal* est celle qui est préférée, en France du moins, par la très grande majorité des accoucheurs.

3° TECHNIQUE.

La crainte de l'avortement guidera l'opérateur.

a) Pozzi a conseillé de faire une *grande incision*.

b) L'opération sera conduite comme si la femme n'était pas enceinte (Brindeau et Juge). Mais il faudra s'efforcer de *ne pas mobiliser l'utérus* ; la tumeur sera extériorisée *sans tirer sur le pédicule*. S'il existe des adhérences que l'on doit détruire, il faut les sectionner aux ciseaux et non les dilacérer (Brindeau et Juge).

On s'efforcera d'obtenir une *fermeture soignée de la paroi*. La suture à triple étage paraît le plus recommandable. La cicatrice va être soumise à une tension anormale du fait de l'accroissement de l'utérus mais elle est pour cela *suffisamment solide*.

e) L'opération terminée, on veillera à ce que le *pansement n'exerce pas une constriction abdominale trop forte* susceptible de provoquer des excitations utérines.

4° SOINS POSTOPÉRATOIRES.

Par des *injections de morphine systématiquement pratiquées* on diminuera notablement les risques d'interruption de la grossesse.

Mais tous les auteurs ne s'entendent pas sur les doses de morphine à administrer. Lucas-Championnière et Lepage, ont insisté sur les inconvénients des doses élevées. Lucas-Championnière redoute pour la mère la constipation qu'elles entraînent et craint leur influence défavorable sur la santé de l'enfant. Presque tous les accoucheurs nient ce dernier rôle de la morphine. Malgré cela, Lucas-Championnière est partisan de doses faibles et ne pratique que des injections de $1/4$ ou $1/2$ centigramme. Cependant le P^r Delbet a montré qu'il ne fallait pas craindre, quand besoin était, les *doses très élevées*, par la publication d'une observation que nous résumons. Il s'agissait d'un cas d'ovariotomie pratiquée chez une malade enceinte de 3 mois. L'opération avait été très difficile et l'utérus fort malmené. Le P^r Delbet fit pratiquer, après l'intervention, des injections massives de morphine : la malade fut plongée dans un véritable sommeil morphinique, recevant, chaque fois qu'elle se réveillait un centigramme de morphine. Ainsi elle reçut dix centigrammes le 1^{er} jour et autant le 2^e ; elle en reçut cinq centigrammes le 3^e jour et autant le 4^e ; deux centigrammes le cinquième jour et autant le 6^e. Grâce à cette médication massive, la grossesse a pu évoluer jusqu'au terme et jamais l'utérus n'a réagi.

Voici comment la morphine est administrée à la clinique Tarnier : *la malade reçoit 4 centigrammes de morphine par jour pendant 4 jours (une injection est pratiquée toutes les 6 heures). La première injection est faite immédiatement après l'opération.*

Conclusions

Un kyste dermoïde complique toujours sérieusement une gestation. Il constitue un danger plus grand qu'un kyste mucoïde parce que ses caractères anatomiques et évolutifs en font une tumeur fréquemment *prævia*, presque toujours irréductible.

Il semble que les mères des filles atteintes de kyste dermoïde aient une faculté génératrice marquée.

Les femmes atteintes d'embryomes procréent moins.

Dans leurs antécédents héréditaires on a noté la fréquence de la phtisie.

La gestation n'a généralement qu'une influence hypertrophique minime sur les kystes dermoïdes. Par contre, elle favorise tout particulièrement la torsion de leur pédicule et leur rupture.

Parmi les causes nombreuses d'erreur de diagnostic, nous retiendrons : au début, la rétroversion de l'utérus gravide et la grossesse ectopique, puis et surtout le *fibrome pédiculé*. Le diagnostic entre ce-

lui-ci et un kyste dermoïde peut être extrêmement difficile. La différenciation de l'embryome d'avec les autres kystes ovariens et les tumeurs solides du même organe (surtout le fibrome) est des plus délicates.

Lorsqu'un embryome complique une gestation il faut craindre l'avortement ou l'accouchement prématuré, les déviations utérines qui favorisent les présentations irrégulières et plus encore les procidences du cordon et, si le kyste est pelvien, la rupture utérine au moment du travail.

Dans les 5 premiers mois.

Il faut surtout redouter la torsion pédiculaire du kyste et sa rupture, accidents toujours sérieux en eux-mêmes et en tant que facteur d'avortement. La rupture est particulièrement grave, car le péritoine supporte mal le contenu des kystes dermoïdes. A cette période de la gestation, il faut donc débarrasser la malade de sa tumeur. L'ovariotomie n'est pas plus grave qu'en dehors de la grossesse ; elle entraîne l'avortement dans une proportion de cas relativement faible, variant entre 10 et 13,5 %. On pourra opérer dès le diagnostic posé mais le 3^e mois nous paraît le moment le plus favorable au meilleur pronostic fœtal.

A partir du 6^e mois de la gestation.

La torsion du pédicule devient une complication rare. D'autre part, l'intervention est suivie fréquemment d'expulsion prématurée du fœtus (près d'une

fois sur deux). Nous pensons donc que l'ovariotomie pourra, alors, être remise chaque fois qu'on sera absolument certain que le kyste est bien toléré et qu'une surveillance médicale presque quotidienne pourra être établie. Dans les autres cas, on opérera dès le diagnostic posé. Si on n'intervient pas tout de suite, on attendra la fin de la gestation. A ce moment, on sera en droit de tenter des manœuvres très douces et très prudentes de refoulement. Mais nous pensons qu'il vaut mieux recourir tout de suite à l'ovariotomie.

Pendant la gestation, l'ovariotomie sera pratiquée sous anesthésie autre que l'anesthésie rachidienne qui pourrait provoquer des contractions utérines. La voie abdominale sera préférée à la voie vaginale qui ne permet pas d'éviter un certain tiraillement de l'utérus et peut être la source d'hémorragie abondante. On fera une grande incision. L'opération sera conduite ensuite comme si la femme n'était pas enceinte mais on s'efforcera de *ne pas mobiliser l'utérus* ; la tumeur sera donc extraite sans tirer sur le pédicule. Les adhérences, s'il en existe, seront sectionnées aux ciseaux. On fera une fermeture soignée de la paroi afin que la cicatrice résiste au développement de l'utérus. Le pansement ne devra pas exercer une constriction abdominale trop forte. On pratiquera systématiquement, après l'intervention, des injections de *morphine* ; la malade en recevra 4 centigrammes par jour pendant

4 jours ; la 1^{re} injection sera pratiquée tout de suite après l'opération.

Si on opère à terme, presque toujours on fera précéder l'ovariotomie de *section césarienne*, ce qui facilitera l'intervention et assurera un meilleur pronostic foetal. L'ovariotomie avec accouchement par les voies naturelles apparaît bien comme l'opération idéale mais il faudra la réserver exclusivement aux cas vraiment rares où la tumeur est absolument libre d'adhérences, où son ablation n'exige pas une « luxation » forcée ou prolongée de l'utérus, où enfin on est sûr de l'entière vitalité de l'enfant.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- ANITA HORRIDGE. — Des tumeurs de l'ovaire comme complication obstétricale. — Thèse de Paris, 1925.
- AUDEBERT. — De l'ovariotomie pendant la grossesse. Communication faite à la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris, oct. 1904.
- BAR et BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.
- BOSSI. — Réflexions sur les tumeurs obstruant le canal pelvien pendant l'accouchement. — *Annali di Obstetrica e Gynecologia*, août 1896.
- Kystes ovariens comme cause de troubles de la grossesse et de l'accouchement. — *La Gynécologie*, 1900.
- BRAUN. — *Monatss. f. Geburt u. Gynec.*, 1900.
- BRINDEAU et JUGE. — Des interventions chirurgicales pendant la grossesse. — *Gynécologie et Obstétrique*, Paris, 1925.
- BROUHA (Liège). — Kystes opérés pendant la grossesse. — Soc. Obst. France, oct. 1911.
- CATHALA. — Kyste de l'ovaire et grossesse. — *Semaines gynécologiques*, 1913.
- CAZEAUX. — Traité pratique de l'art. des accouchements.
- CHARBONNEL et COSTEDOAT. — Gros kyste dermoïde des deux ovaires, l'un inclus, l'autre pelvien avec grossesse au 4^e mois et fibromes utérins. — Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Bordeaux, février 1925.

- COCARD. — Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches, leur valeur relative. — Thèse de Paris, 1896.
- COE-HARRY. — Fibromes et kysto-fibromes de l'ovaire. — *Am. J. of Obstetric*, 1882.
- COMMANDEUR et PATEL. — Coïncidence de fibromes multiples de l'utérus gravide avec un kyste dermoïde de l'ovaire. — Réunion obstétricale de Lyon, février 1925.
- CONDAMIN. — Kystes dermoïdes des deux ovaires et grossesse. — *Bull. Soc de chirurgie*, Lyon 1903.
- COUDERT. — Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire. — Thèse de Paris, 1904.
- COUVELAIRE. — Ablation par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes à la fin de la grossesse et pendant le travail sans section césarienne préalable. — *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, janvier 1912.
- CHROBAK. — Communic. à Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Vienne 1894.
- DELBET P. — Discussion de la communic. de M. Audebert, sur l'ovariotomie pendant la grossesse. — Soc Obst. Gynéc. et Péd., Paris 1904.
- Communic. à Soc. Gynéc. Obst. et Péd. Paris, janvier 1907.
- DELETTRE. — Kyste dermoïde des deux ovaires et grossesse. Bruxelles, 1914.
- DELPORTE. — Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires et grossesse. — *Bulletin de la Soc. d'Obst.*, 1908.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur.
- DE ROUVILLE. — Kystes dermoïdes bilatéraux à symptomatologie exclusivement hémorragique. Réunion d'Obst. et de Gynéc. de Montpellier, déc. 1913.
- DSIRNE. — Ovariectomie pendant la grossesse. — *Arch. f. Gynäk*, XLII, 3, 1892.

- FABRE et BOURRET. — Communic. à Réunion Obst. de Lyon, janvier 1908.
- FAURE J.-L. — Traité de Gynéc. médico-chirurgicale. Paris 1923.
- FEHLING H. — Discours prononcé au congrès scientifique d'Aix-la-Chapelle en 1900, rapporté par le *Centralb. für Gyn.*, 1900.
- Zur ovariectomie in der Schwangerschaft *Münch. Med. Woch.* 1904.
- Zur Diagnose und behandlung der Komplikation von Eierstocksgeschwülsten mit Schwangerschaft. — *Centralblatt. f. Gynak. Leipzig*, 1900.
- Zur Diagnose und prognose der Komplikation von ovarialtumoren mit Schwangerschaft. — *Deutsche Aertze Zeitung*, Berlin, 1900.
- FISCHEL. — *Centralblatt für Gynécologie*, 1899.
- FRANKL. — Les tumeurs douloureuses des ovaires au cours de la gestation. — Soc. Gynéc. Breslau. *Deutsche med. Wochenschrift*, janv. 1920.
- FRITSH. — Traité clinique des opérations obstétricales, traduct. de Strass., 1892.
- FRUHRINSHOLZ A. — Dystocie pour kyste dermoïde pelvipérinéal à localisation rare. — *Revue pratique d'Obst. et de Ped.*, juin 1911.
- GIUCCIARDI. — *La Gynécologia*, mai 1904.
- GROEFE. — Zur Frage der ovariectomie in der Schwangerschaft *Münch. med. Woch.* 1902.
- GROSSE A. (de Nantes). — Réflexions sur l'importance du corps jaune en cas d'ovariectomie double, son importance surtout au début de la grossesse, 1918-1919.
- GUÉRIN-VALMALE. — Communic. à la réunion obstétricale de Montpellier, déc. 1924.
- GUICHARD (d'Angers). — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire développés dans l'excavation pelvienne.

- GUINARD et CHAUVE (de St-Etienne). — Communic. à Soc. Obs. Gynéc. et Péd., Paris 1903.
- HAMANT et VERMELIN. — Quelques observations de torsion de kyste ovarique au cours et en dehors de la puerpéralité. — Soc. Obst. et de Gynéc. de Nancy, 1923.
- HARTMANN. — Cité par Lepage à la Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Péd., janvier 1905.
- HENROTAY (d'Anvers). — Trois kystes tordus après l'accouchement. — Soc. Obst. de France. Oct. 1911.
- HERGOTT Alphonse. — Accouchement et kyste de l'ovaire. Communic. à la Soc. de Méd. de Nancy, mai 1886.
- Opération césarienne nécessitée par un kyste dermoïde inclus dans le ligament large. — Communic. à Soc. Obst. de France, avril 1899.
- HOLL. — Zur Behandlung von ovarialtumoren in Schwangerschaft; geburt und Wochenbett. — *Arch. f. Gyn.*, 1896.
- HÜTER. — Grossesse et tumeur intraligamentaire de l'ovaire. Réunion Obst. de Strasbourg, mars 1921.
- JUGE C. — Des interventions chirurgicales pendant la grossesse. — Thèse de Paris, 1925.
- KHEIFETZ. — Fausses grossesses et fausses tumeurs hystériques. — Thèse de Paris, 1898.
- LAURENTIE. — Torsion d'un kyste de l'ovaire au 3^e mois de la grossesse. — *Bulletin de Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1923.
- LED, A. W. — Ovarian tumours during pregnancy and the puerpérium with notes on seven cases. — *The J. Gyn. of the British Empir.*, 1904.
- LEJARS. — *Semaines Médicales*, 1904.
- LEPAGE. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule chez une femme enceinte de 3 mois et demi. Ablation du kyste. Guérison. — *Revue d'Obst. Gynéc. et Péd.*, 1904-1905.

- Communic. à Soc. Obst. Gynéc. et Péd. Paris, janvier 1907.
- LESOURD. — Du diagnostic des kystes de l'ovaire. — Thèse de Paris, 1898.
- LEVY, ED. — Dystocie pour tumeur ovarique prævia.
- LÉVY SUZANNE (Mlle). — Contribution à l'étude de kystes bilatéraux des ovaires au cours de la grossesse. — Thèse de Paris, 1921.
- LOEWY et GUÉNIOT. — Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. — *Revue de Gynéc. de Pozzi*, 1902.
- LOMER. — Tumeurs de l'ovaire considérées comme complication de l'accouchement. — *Arch. f. Gynäk.*, 1882.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Discussion de la communication de M. Audebert : de l'ovariotomie pendant la grossesse. — Soc. Obst. Gynéc. et Péd., Paris, 1904.
- Communic. à Soc. Obst. Gynéc. et Péd. Paris, janvier 1907.
- MACOULAY. — Case of large dermoid Cyst complicating labour. — *The Lancet*, 1902.
- MANGIN. — *La Gynécologie*, juin 1896.
- MARTIN. — *Berl. Klin. Wochens*, 1878.
- MAYGRIER. — Précis d'Obstétrique, Paris, 1922.
- MÉRIEL. — Le moment opportun de l'ovariotomie dans la torsion pédiculaire des kystes ovariens pendant les suites de couches. Réunion Obst. et Gyn. de Toulouse, mars 1912.
- MOUCHOTTE. — Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu.
- NEPVEU. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine. — *Ann. de Gynéc.*, 1875.
- NYSTRÖM. — Les néoplasmes des ovaires dans leurs rapports avec la vitalité des organes génitaux.
- ORBAUT. — L'influence des tumeurs des ovaires sur la grossesse, le travail et la période puerpérale. — *Journal d'Obst. et de Gynéc.*, mai 1899.

- ORGLER. — Pronostic et indications de l'ovariotomie pendant la grossesse. — *Arch. für Gynäk*, 1901, Bd. LXV.
- OUI (Lille). — Communication à Soc. Obst. de France, oct. 1911.
- PATTÓN. — *Surg. Gynéc. et Obst.*, 1906.
- PFANNENSTIEL. — Die Erkrankungen der Eierstockes u. nebe-neirstockes. In Veits Handbuch d. gyne., vol. IV, 1908.
- PINARD. — Communic. à Soc. Obst. Gynéc. et Péd., mars 1900.
- Communic. à Soc. Obst. Gynec. et Péd., Paris, mai 1900.
- Discussion de la communic. de M. Audebert de l'ovariotomie pendant la grossesse. — Soc. Obst. Gynéc. et Péd. Paris, 1904.
- Communic. à Soc. Obst. Gynéc. et Péd. Paris, janvier 1907.
- PINARD et SEGOND. — Kyste de l'ovaire gauche, torsion du pédicule vers le 2^e mois de la grossesse. — Soc. Obst. Gynéc. et Péd. de Paris, 1900.
- PLANCHU. — Kyste dermoïde. Opération césarienne. Ovari-otomie. — Soc. Obst. Gynéc. de Lyon, déc. 1920.
- PLANCHU et GAUDON. — Kyste dermoïde de l'ovaire à contenu thyroïdien. Césarienne suivie d'ovariotomie. — *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1923.
- PORAK. — Kyste hydatique du bassin. — *Gaz. hebd.*, 1184.
- POTTER, W. W. — Communic. à l'Ass. Améric. des Obsté- triciens et Gynécologues, Washington, sept. 1888.
- POZZI. — Traité de Gynéc., 3^e édition, Paris, 1897.
- Discussion de la communic. de M. Audebert : de l'ova- riotomie pendant la grossesse. — Soc. Obst. Gynéc. et Péd., Paris, 1904.
- PRENANT. — De la valeur morphologique du corps jaune. — *Revue générale des sciences pures et appliquées*.

- PUECH (de Montpellier). — Kyste dermoïde de l'ovaire compliquant l'accouchement. — *Gazette des Hôpitaux*, déc. 1901.
- Rupture de kystes dermoïdes pendant la grossesse. Réunion d'Obst. et de Gynéc. de Montpellier, février 1913.
- PUECH (de Montpellier) et VANVERTS (de Lille). — Congrès de Gynéc. et de Péd., Lille, mars 1913.
- QUÉNU. — Communic. à la Soc. Obst. Gynéc. et Péd. de Paris, mai 1900.
- RÉMY. — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. — Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- RIBEMOND-DESSAIGNES. — Précis d'Obst., 4^e édition, Paris, 1898.
- ROSNER A. — Grossesse compliquée de tumeurs de l'ovaire. — *Przegl. Lek. Mn. et Przegl. chirurgie*.
- SANGER. — *Centralblatt für gyn.*, 1889.
- SAUSSOL. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche simulant une hématoçèle rétro-utérine ou une pelvipéritonite ancienne. — *Gazette hebdomadaire de Soc. Méd. de Montpellier*, 1887.
- SAUVAGE. — A propos de l'ablation des kystes ovariens prævia pendant le travail. Communication à la Soc. Obst. et Gynéc. de Paris, 1923.
- SCHMIERZELD (Mlle). — *Revue pratique d'obst. et de péd.*, février 1913.
- SÉVITSKI G. G. — Ovariectomie par le rectum pendant le travail. — Soc. d'accouch. et de gynéc. de Kief, 1896.
- SNEGUIREFF G. — Communic. à la Soc. d'Obst. et de Gynéc., mai 1905.
- SPENCER HERBERT. — Tumors complicating pregnancy labour and the puerpérium. — *The Brit. Med. Journ.*, 1920.
- SPENCER WELLS. — Maladie des ovaires. — *Obst. Trans.*, XIX, déc. 1876.

SZYMANOWICZ J. — Kyste de l'ovaire et gestation.

TÉDENAT. — Rupture des kystes dermoïdes. Réunion obst. et gynéc. de Montpellier, février 1913.

TERRILLON et VALAT. — *Archives de Tocologie*, 1886.

THOMAS. — Indications et contre-indications de l'intervention pour kystes de l'ovaire au cours de la grossesse. — Thèse de Lille, 1912.

TREUB. — Cas rare de complicat. de l'accouch. par un kyste dermoïde. — Soc. Obst. et Gynéc., Paris, 1898.

— Kyste de l'ovaire enclavé et grossesse. — Soc. Obst. de France, oct. 1908.

VAYSSIÈRE E. — Kyste dermoïde et grossesse. Réunion obst. et gynéc. de Montpellier, mai 1921.

VINAY. — Maladies de la grossesse, Paris, 1894.

WALLICH et MOUCHOTTE. — Kyste de l'ovaire compliquant la grossesse. Communic. à Soc. Obst. Gynéc. et Péd. de Paris, oct. 1907.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
